Rafael Huertas

Locuras en primera persona

Subjetividades, experiencias, activismos

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Rafael Huertas

Locuras en primera persona

Subjetividades, experiencias, activismos

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Rafael Huertas

Locuras en primera persona

Subjetividades, experiencias, activismos

CATARATA

Psiquiatría & Cambio Social

Rafael Huertas

Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y doctor honoris causa por la Universidad de Buenos Aires, es profesor de investigación del CSIC. Ha sido director del Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del CSIC, integrante del Comité Ejecutivo de la European Association for the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y fundador y primer coordinador (junto a Juan Carlos Stagnaro) de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. Es autor, entre otras obras, de Historia cultural de la psiquiatría (Los Libros de la Catarata, 2012), La locura (Los Libros de la Catarata, 2014) y Otra historia para otra psiquiatría (Xoroi edicions, 2017).

Rafael Huertas

Locuras en primera persona

Subjetividades, experiencias, activismos

colección investigación y debate

serie PSIQUIATRÍA y cambio social

Este libro ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación "Del movimientro pro-higiene mental a la postpsiquiatría" [RTI2018-098006-B-I00] financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

© Rafael Huertas, 2020

© Los libros de la Catarata, 2020

Fuencarral, 70

28004 Madrid

Tel. 91 532 20 77

www.catarata.org

Locuras en primera persona.

Subjetividades, experiencias, activismos

ISBNE: 978-84-1352-095-7

ISBN: 978-84-1352-071-1

DEPÓSITO LEGAL: M-24.477-2020

thema: MKL

este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención de los editores es que sea utilizado lo más ampliamente posible, que sean adquiridos originales para permitir la edición de otros nuevos y que, de reproducir partes, se haga constar el título y la autoría.

A Olga…

… y a Ana, Ruth, Raquel y Paloma.

Proemio

En febrero de 2019, publiqué en e-Átopos un artículo titulado "Letras locas: del yo disidente al activismo en primera persona" (Huertas, 2019). Se trataba de un encargo de Manuel Desviat, director de la revista, para un número dedicado al activismo en salud mental, un tema importante que ha cobrado en los últimos tiempos fuerza y actualidad. El artículo en cuestión tuvo cierta repercusión, fue reproducido y difundido, con las autorizaciones pertinentes, en foros activistas —Mad in America Hispanohablante —[1] y profesionales —La Otra psiquiatría[2]—, y recibí unos cuantos comentarios, en vivo o por e-mail, tanto de profesionales de la salud mental como de personas psiquiatrizadas y/o activistas interesándose por mi trabajo y pidiéndome aclaraciones o ampliaciones sobre algunos de los aspectos tratados. Me pareció entonces que podía ser oportuno, manteniendo el diseño de aquel texto, profundizar en los aspectos que allí se trataban y proponer un modelo de investigación que abordara las características, contenidos y significados de determinadas narrativas elaboradas por personas con un diagnóstico psiquiátrico, así como sus soportes y destinos.

Aunque el mencionado artículo, y sus reacciones al mismo, supusieron el detonante final para acometer el proyecto que ha dado lugar a la presente monografía, existen otros antecedentes que han resultado imprescindibles para ir conformando las ideas, argumentos y análisis vertidos en las páginas que siguen. Los trabajos realizados en el marco del "Programa Leganés", dirigido por Olga Villasante y por mí mismo, con la participación de Ruth Candela, Ana Conseglieri, Raquel Tierno y Paloma Vázquez de la Torre, ha dado lugar a tesis doctorales y publicaciones diversas, entre las que destaca el libro Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés (Villasante et al., 2018), una recopilación y contextualización de cartas de internos e internas en dicha institución madrileña que nos permitió acceder a su palabra y a sus vivencias. Como se verá más adelante, algunas partes del presente ensayo son deudoras de esta

compilación de fuentes y de la labor compartida con estas psiquiatras e “historiadoras del Sur” (de Madrid). A ellas va dedicado este libro.

La Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (presidida por Olga Villasante y con Ana Conseglieri en la secretaría de organización) ha contemplado, en los últimos años, la necesidad de estudiar en perspectiva histórica la voz de las personas psiquiatrizadas, de manera particular en sus dos últimas Jornadas Nacionales: “Historia de la salud mental para un nuevo tiempo” (celebrado en Donostia-San Sebastián en 2015) y “Psiquiatría y cambio social” (en Madrid en 2018). Cabe destacar, en este marco, el importante trabajo de Óscar Martínez Azumendi y su propuesta de selección y análisis de revistas, folletos, fanzines, etc., elaborados y/o editados en el interior de las instituciones psiquiátricas, cuya influencia debo reconocer aquí para la parte dedicada a este tipo de fuentes. En un sentido un poco diferente, las reuniones de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN, al menos las de esta última década, han otorgado una gran importancia a visiones distintas de la salud mental y del malestar psíquico incorporando ponencias y debates con personas diagnosticadas. Mi asistencia y participación en las siguientes jornadas de “la madrileña”: “Ideas para una salud mental crítica y participativa” (2013), “Singularidad versus uniformidad” (2014), “Espacios de locura y participación” (2016) y “Habitar la comunidad” (2019), me confirmó que la elaboración de un pensamiento crítico en salud mental no puede hacerse, hoy día, teniendo en cuenta solo criterios profesionales, pues es mucho lo que los locos y las locas tienen que decir.

Con frecuencia, he argumentado la necesidad de hacer una historia en (y para) el presente (Huertas, 2001; 2012), y he insistido en la utilidad que la investigación y la reflexión histórica pueden tener para comprender situaciones que nos atañen y nos interpelan en la actualidad. No cabe duda de que la historia de la psiquiatría ha contribuido, al menos en parte, a identificar esta especialidad médica como una disciplina de poder, y la necesidad de “pensar la psiquiatría” de una manera alternativa (otra psiquiatría, psiquiatría crítica, postpsiquiatría, etc.). Del mismo modo, me parece ineludible ayudar, desde la historia, a “pensar la locura” de otra

manera, centrando el foco en lo que las locas y los locos han dicho, sentido o experimentado. A este respecto, además de algún trabajo conjunto (Ortiz y Huertas, 2018), las largas y numerosas charlas sobre psiquiatría crítica y activismo, entre otras cosas, con Alberto Ortiz han resultado siempre tan estimulantes como productivas.

Algunos de los contenidos de este libro han sido presentados y discutidos en ámbitos académicos, profesionales y activistas, lo que, en mayor o menor medida, ha influido en la elaboración de su versión definitiva. Las primeras veces que abordé la cuestión de la locura escrita datan de 2011, cuando presenté una inicial aproximación en el Seminario Interdisciplinar de Estudios sobre Cultura Escrita que Antonio Castillo y Verónica Sierra organizaban en la Universidad de Alcalá (Madrid). Ese mismo año, presenté una versión más completa en el coloquio "Emotional Cultures in Spain", celebrado en la Universidad de Nueva York gracias a la iniciativa de Pura Fernández, Luis Elena Delgado y Jo Labanyi. En 2016, con motivo de ser investido doctor honoris causa por la Universidad de Buenos Aires, dediqué mi conferencia a "La voz del paciente". Conversar sobre estos y otros temas con mi padrino en aquel acto, Juan Carlos Stagnaro, así como con Norberto Conti y otros colegas argentinos siempre me resulta provechoso y alentador tanto en lo intelectual como en lo afectivo.

También he tenido oportunidad de dialogar en los encuentros de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría con otros colegas que trabajan, desde enfoques diversos, las narrativas de la locura. Me resulta imposible citarlos a todos aquí, por eso solo nombraré a la brasileña Yonissa Wadi, las mexicanas Teresa Ordorika y Cristina Sacristán, la argentina Alejandra Golcman o el colombiano-mexicano Andrés Ríos, autores de importantes trabajos que forman parte del entramado discursivo en torno a la escritura de las personas institucionalizadas.

En todo caso, si en un primer momento mi preocupación se centraba en las expresiones escritas de personas internadas en instituciones psiquiátricas, debido fundamentalmente a las fuentes que manejábamos en el "Programa Leganés", mis intereses se fueron abriendo a otros aspectos cruciales que exigían ampliación de fuentes y ajustes metodológicos. En 2017 participé como ponente

en el curso “¿Una maldición que salva? Escritoras y locura”, dirigido por Carmen Valcárcel y Elisa Martín Ortega en la sede de Santander de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo; asimismo, durante los cursos 2018/19 y 2019/20 presenté resultados parciales de mi investigación en el seminario “Escritura y Psiquiatría”, celebrado en la Facultad de Humanidades de la Universidad Carlos III de Madrid y coordinado por Ana Martínez Pérez-Canales, Mariano Hernández Monsalve y Julio Checa. Estos dos eventos académicos fueron importantes: el primero me permitió profundizar en la escritura de las mujeres (locas o psiquiatrizadas) y el segundo me dio claves para considerar e incorporar en mi trabajo el “yo disidente”, una fructífera categoría de análisis propuesta por Ana Martínez que no solo está muy presente de manera específica en uno de los capítulos, sino que aparece de un modo u otro en el resto del texto. Asimismo, la lectura de algunos trabajos de la psicóloga, filóloga y novelista Rebeca García-Nieto me aportaron también elementos para analizar algunas de las fuentes literarias que he manejado en este estudio. Tampoco puedo dejar de mencionar aquí a la psiquiatra y poeta Miriam Baquero Leyva, quien me descubrió la figura y la obra de Annemarie Schwarzenbach.

Finalmente, en abril de 2019 participé, junto con Fernando Colina y Manuel Desviat, en una mesa sobre “Derechos Humanos y salud mental” en el marco del congreso “Derechos Humanos y Vulnerabilidad” que organizó Ana Mª Marcos en la Facultad de Derecho de la UNED, y que dio lugar a una reflexión a tres bandas sobre la siempre candente problemática relación entre derechos humanos y locura (Colina, Desviat y Huertas, 2019).

Durante los últimos años he sido docente del Máster en Psicoanálisis y Teoría de la Cultura de la Universidad Complutense de Madrid y del de Psicopatología y Clínica Psicoanalítica de la Universidad de Valladolid; en ambos he impartido módulos de historia en los que se ha prestado especial atención a las relaciones entre escritura y delirio. Las conversaciones y las aportaciones a este respecto de los Alienistas del Pisuerga —José María Álvarez, Fernando Colina y Ramón Esteban— siempre han sido esclarecedoras.

Asimismo, algunas entidades que se dedican prioritariamente a la rehabilitación psico-social, como la Fundación Manantial y la Fundación Intras, se han interesado recientemente por este tipo de investigaciones y me han cedido fructíferos espacios de formación y debate en los que he tenido ocasión de presentar y discutir mi trabajo.

Cambiando de registro, debo mencionar el curso Salud Mental Colectiva, un posgrado de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona que tuvo su sede madrileña en la Fundación Manantial al que fui invitado por Sara Toledano, con quien conversé sobre la trascendencia de los Mad Studies y su recepción en España, y donde conocí en persona al antropólogo Martín Correa-Urquiza (2015), el autor del sugerente libro Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos, y a la activista Marta Plaza, a quien sigo desde entonces con interés.

En el ámbito del activismo, fue también Sara Toledano la que desde el colectivo Locomún contó conmigo para participar —junto con Nando, de Primera Vocal (https://primeravocal.org)— en la Universidad del Barrio (Teatro del Barrio: https://teatrodelbarrio.com) en una sesión que se celebró en abril de 2018 y llevó por título "En primera persona: materiales para otra historia de la locura". También en el Teatro del Barrio tuvo lugar la presentación del libro de poemas La casa grande de Rosana Acquaroni (2018), en la que participó Ana Conseglieri y se conversó sobre mujer y locura, poesía y subjetividad. Unos versos extraídos de este poemario dan inicio e inspiran la primera parte del capítulo que dedico a "ser mujer y estar loca".

Naturalmente, no puedo dejar de recordar aquí el apoyo de mis compañeras y compañeros del proyecto "Psiquiatría y cambio social" (http://psiquiatriaycambiosocial.com), en particular a Ricardo Campos, con quien comparto desde hace muchos años amistad, trabajo y pensamiento crítico, y a Silvia Lévy, porque muchas veces las preguntas enseñan, sugieren y estimulan más que las respuestas, y porque me presentó a Giuliana Zeppegno. Tampoco puedo olvidar las conversaciones sobre la locura y la vida —y por tanto sobre psiquiatría crítica, historia, literatura, arte, etc.— mantenidas con Daniel Matusevich desde Buenos Aires a Madrid,

pasando por Cádiz, Lisboa y Londres.

Lo que quiero expresar con todo lo antedicho es que la producción de conocimiento es siempre un proceso colectivo, que las reflexiones o las aportaciones estrictamente individuales no existen. En el fondo, el conocimiento es siempre resultado de diálogos múltiples, de voces diversas que se entrecruzan en un entramado de saberes previos, tanto expertos como profanos o subalternos. Un conocimiento que, además, nunca es definitivo, y siempre parcial y discutible. Por eso, creo que es bueno reconocer —yo así lo hago en estas páginas— que, aunque uno escriba y firme un libro como este (o como cualquier otro), en su proceso de elaboración intervienen, a veces sin saberlo, otras muchas personas que, en conjunto, aportan elementos que el autor o la autora retoma, incorpora o resignifica.

Finalmente, debo manifestar aquí un agradecimiento emocionado a mis libreros de cabecera. Julia y Álvaro (quien nos dejó de manera demasiado triste y prematura), de la librería La Lumbre de Madrid (www.librerialalumbre.com), me han conseguido una buena parte de las fuentes utilizadas en este libro. Sin su profesionalidad y dedicación me hubiera resultado más difícil el acceso a obras como La otra verdad de Alda Merini; Notas desde un manicomio, de Christine Lavant; Mujeres y locura, de Phyllis Chesler; y Viaje al manicomio de Kate Millett, entre otras.

Como siempre, Isabel y Ana de manera cotidiana, y Miguel y Javi, en contacto permanente y cercano, me motivan y problematizan, me hacen pensar y me demuestran que uno nunca deja de crecer.

Capítulo 1

Para un marco teórico: de la historia de la psiquiatría a los Mad Studies

Un punto de partida:

la ‘perspectiva del paciente’

El historiador británico Roy Porter publicó en 1985 un artículo titulado “The Patient’s View: Doing Medical History from below”, en el que abogaba por hacer una historia de la medicina basada en las experiencias y el punto de vista de los enfermos. No se trataba de una propuesta aislada, pues aquel mismo año apareció el Homo patients de Heinrich Schipperges (1985) iniciando una tradición en el ámbito académico alemán que ha encontrado continuidad en trabajos posteriores (Stolberg, 2003). Esta “historia desde abajo” (history from below) que Porter propugnaba tenía, sin embargo, unos antecedentes que podrían remontarse a la historiografía marxista de George Lefebvre (1924), a sus pioneros trabajos sobre el punto de vista de los campesinos en la época de la Revolución francesa y, sobre todo, a los historiadores marxistas británicos de los años sesenta (Thompson, 1963; Hobsbawm, 1970), empeñados en dar protagonismo a las “víctimas de la historia” (la clase trabajadora) o de hacer la historia de la “gente corriente”.

Aunque existían aportaciones que con anterioridad habían insistido en la importancia de tener en cuenta a los pacientes, y no solo a los médicos, en el ámbito de la historia de la medicina (Sigerist, 1951; MacDonald, 1981) el artículo de Porter antes citado llegó a ejercer una enorme influencia en la historiografía médica del momento, que fue creciendo con publicaciones simultáneas o posteriores (Porter y Porter, 1988; 1989). El libro colectivo Patients and Practitioners, editado también por Porter (1985), contiene un conjunto de trabajos que, prestando especial atención al contexto sociocultural, muestran de qué manera los pacientes percibían e interpretaban sus dolencias. Esta historia de la medicina “desde la perspectiva del paciente” ha dado lugar a trabajos interesantes por parte de modernistas (Forster, 1986; Zarzoso, 2001; Rieder, 2010), entre los que cabe destacar el libro de Carolin Schmitz (2018) sobre Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico, una investigación precedida de una exhaustiva revisión historiográfica

sobre la “historia del paciente”. En general este tipo de trabajos utiliza fuentes de archivo, como libros de casos (casebooks), correspondencia entre médicos y pacientes, procesos criminales o civiles y, en ocasiones, obras literarias (Schmizt, 2018: 34 y ss.).

Ahora bien, en el caso de los “pacientes mentales”, ¿es posible valorar su propia perspectiva? Y, en caso afirmativo, ¿cómo acceder a unas fuentes que nos informen sobre sus puntos de vista? El mismo Roy Porter nos contesta: “Los escritos de los locos pueden leerse no solo como síntomas de enfermedades o síndromes, sino como comunicaciones coherentes por derecho propio” (Porter, 1987: 51). El historiador llamaba así la atención sobre la necesidad de acometer el estudio de unas fuentes, hasta entonces escasamente exploradas, desde una perspectiva sociocultural que tenga en cuenta la subjetividad del paciente y no solo su utilización en el ámbito del peritaje experto. Trabajos recientes han seguido esta estela, actualizando la obra de Porter y haciendo hincapié en la importancia de las narrativas de los pacientes para la historia de la medicina y de la psiquiatría (Davis, 2001; Condrau, 2007; Huertas, 2012).

Los escritos de los locos y las locas pueden, no obstante, considerarse en el marco de dos escenarios diferentes: uno psicopatológico, en el que el “diálogo con el insensato”, según la expresión de Gladys Swain (1994), adquiere una inusitada importancia en las prácticas del alienismo. Sin duda, Juan Rigolí (2001) es quien más claramente ha explicado la ambición con que los primeros especialistas en medicina mental fundaron una semiología psíquica basada en el conocimiento de la palabra y los escritos de los alienados. Se trata, al menos en parte, de una cierta relectura del alienismo (Tardits, 2002) que nos ofrece claves de interés para comprender no solo la importancia del “discurso” de la locura, sino también la necesidad de los nuevos expertos en recurrir a unos conocimientos y a una cultura no médica: la filosofía, la estética, la lingüística, la retórica, etc., de indudable utilidad para la construcción y difusión de una semiología de la subjetividad (Huertas, 2014).

Además de este escenario psicopatológico, la escritura de los pacientes mentales se nos puede presentar también en un escenario

sociocultural, como muestra de experiencias, individuales o colectivas, de sufrimiento psíquico y de locura, de internamientos y de estigma social, siempre en el marco de contextos cambiantes, pues como bien argumentaba George Rosen a finales de la década de los sesenta:

El estudio histórico del enajenado mental se debe llevar a cabo teniendo siempre en cuenta el clima emocional e intelectual que prevaleció en cada periodo, los factores sociales, políticos e ideológicos que han influido en la teoría y en la práctica psiquiátrica, y el grado en que los problemas cruciales, como el definir la locura y separarla de la cordura, se han formulado en contextos organizados según dimensiones morales, teológicas, legislativas y sociales más que en términos médicos (Rosen, 1968).

En definitiva, la historia de la psiquiatría desde la perspectiva del paciente ha permitido acceder a niveles interpretativos que no serían posibles desde otros enfoques historiográficos, dando lugar a una tradición que se afianzó en los años ochenta del siglo XX y que ha continuado cultivándose con esmero. Sin embargo, para nosotros debe ser solo un punto de partida desde el que avanzar y dialogar con nuevas propuestas desarrolladas en otros ámbitos académicos o extracadémicos. La importancia otorgada desde los llamados estudios culturales a las clases y grupos subalternos como sujetos históricos, presente ya en Gramsci (1975), ha introducido elementos de reflexión fundamentales, como los que tienen en cuenta el grado de adhesión, negociación o resistencia de dichos sectores a los discursos y prácticas hegemónicas (Guha y Spivak, eds., 1988; Mignolo, 2003). Prestar atención a estas dinámicas nos obliga a revisar y ampliar el concepto de “punto de vista” buscando una trasversalidad que supere los estrictos límites disciplinales.

Punto de vista y conocimiento situado

No voy a extenderme aquí en los orígenes filosóficos de la categoría "punto de vista", que se remontarían a Hegel o a Wittgenstein, que continuaría con autores como Jon Moline (1968) y que llegarían a nuestros días (Vázquez Campos y Liz Gutiérrez, 2015). En el fondo, la noción "punto de vista" es bastante multifuncional y está sujeta a interpretaciones diversas. Para los objetivos de este ensayo, entenderemos "punto de vista" como una actitud proposicional; es decir, como una manera específica y declarada de la actitud, individual o colectiva, con la que se enfoca un asunto o se piensa y se opina sobre algo. Este uso de la expresión "punto de vista" sería sinónimo de "perspectiva" y, como ha podido observarse, estoy utilizando ambos términos de manera indistinta.

Sin embargo, lo que más me interesa destacar, aunque sea de manera muy breve y utilitaria, son las aportaciones realizadas por autoras feministas a la "teoría del punto de vista" (standpoint theory) y al concepto de "conocimiento situado". Desde esta teoría se argumenta que las perspectivas del individuo, su forma de ver el mundo, están moldeadas por sus experiencias sociales y políticas; experiencias que pueden ser grupales o individuales. Las primeras darían lugar a perspectivas generales y comunes en determinados colectivos, pero sin las segundas —las más puramente biográficas— el punto de vista de cada persona no sería comprensible. El concepto de "conocimiento situado" surge de todo este andamiaje discursivo que se configuró durante los años setenta y ochenta del pasado siglo como "una teoría crítica feminista sobre las relaciones entre la producción de conocimiento y las prácticas de poder" (Harding, 2004: 1). Tanto Nancy Hartsock (1983) como Sandra Harding (1993) profundizaron en la formulación y en la trascendencia de dicha teoría y, algunos años más tarde, Alison Wylie acabó definiéndola del siguiente modo:

La teoría del punto de vista es una epistemología social y explícitamente política. Su idea central y principal motivación es una tesis de inversión: aquellos que están sujetos a estructuras de dominación que sistemáticamente los marginalizan y oprimen, pueden de hecho ser epistemológicamente privilegiados en algunos aspectos cruciales. En virtud de lo que usualmente experimentan y cómo comprenden su experiencia, pueden conocer cosas diferentes o conocer mejor ciertas cosas frente a aquellos más favorecidos (social o políticamente). Las teóricas feministas del punto de vista argumentan que el género es una dimensión de diferenciación social que puede hacer de dicha diferencia una cuestión epistemológica. Su objetivo es comprender cómo surge en concreto la parcialización sistemática del conocimiento autoritario, su androcentrismo y sexismo, a la vez que dar cuenta de las contribuciones constructivas efectuadas por aquellos que trabajan desde puntos de vista marginales (especialmente puntos de vista femeninos) para contrarrestar dicha parcialización (Wylie, 2003: 26).

En el texto precedente se pueden identificar dos aspectos centrales: por un lado, el carácter situado, en términos sociales e históricos, de toda forma de conocimiento, y, por otro, lo que las autoras consideran un "privilegio epistemológico" derivado de la visión del mundo que puede obtenerse desde ciertos puntos de vista, sin que por ello se renuncie a la producción de un conocimiento objetivo. Por el tipo de asuntos que problematiza, la teoría del punto de vista ha tenido repercusiones no solo en el ámbito de las teorías y el activismo político feministas, sino en campos más amplios como los estudios sociales de la ciencia, la epistemología, los métodos de investigación, así como en el trabajo político de grupos subalternos. En este último sentido, si además de androcentrismo y sexismo, tal como se expresa en la cita de Nancy Wyle, añadimos "racismo" o "cuerdismo", comprobaremos que el sentido del texto no cambia, sino que puede adquirir otras dimensiones igualmente válidas.

Otra autora que no puedo dejar de mencionar es Donna Haraway, a quien se puede atribuir la introducción del concepto de conocimiento situado en los discursos feministas. Para esta autora, la historia intelectual de la teoría del punto de vista remite a una

apropiación crítica de enunciados provenientes del marxismo y del denominado "empirismo feminista" (Haraway, 1988). Las reflexiones desde el materialismo histórico llevaron a plantear que las formas de conocimiento son estructuradas por las condiciones sociales y materiales de la vida de las personas. Asimismo, la necesidad de tener en cuenta la visión y conocimiento del proletariado y de las clases populares en la tarea de comprender y transformar las condiciones de dominación permitió plantearse y definir las posibles particularidades y ventajas de las formas femeninas de experimentar, ver y conocer el mundo. En este sentido, la teoría del punto de vista emerge, según Nancy Hartsoch (1983), como una herramienta epistemológica para fundamentar un materialismo histórico específicamente feminista.

Finalmente, la teoría del punto de vista se relaciona directamente con lo que Sandra Harding (1993) ha llamado "objetividad fuerte" (strong objectivity), según la cual las perspectivas de los individuos marginados u oprimidos pueden ayudar a crear nociones objetivas del mundo, en la medida en que se sitúan en una posición que les permite señalar patrones de comportamiento que aquellos que permanecen inmersos en la cultura dominante no son capaces de reconocer. Dando un paso más, Donna Haraway (1991) insiste en la necesidad de abordar los objetos de estudio explicando el lugar desde el que se parte, ya que ningún conocimiento está desligado ni de su contexto ni de la subjetividad del que lo produce y emite. Por eso, el conocimiento siempre será parcial y situado.

De este modo, las investigadoras feministas recogen, desde su propio marco ideológico y teórico, una de las características fundamentales de las ciencias humanas: la afortunada dificultad para separar lo objetivo de lo subjetivo; es decir, la imposibilidad de deslindar radicalmente, por un lado, el sujeto y el objeto del conocimiento y, por otro, los juicios de hecho y los de valor (Goldman, 1966); por eso, Harding (1987) no tiene ningún problema en reconocer que las creencias y comportamientos culturales de las investigadoras feministas moldean los resultados de sus análisis tanto como lo hacen los investigadores sexistas o androcéntricos.

Asimismo, en entornos extracadémicos de activismo social y/o

político, la denuncia del pensamiento y las prácticas hegemónicas, y la reivindicación de un conocimiento basado en la propia experiencia y visión del mundo de los grupos subalternos (además de las mujeres, y entre otros, obreros, colonizados, enfermos y, por supuesto, locos y locas) confluye con posturas afines a las de la teoría feminista del punto de vista y del conocimiento situado (Harding, 2004: 3). En definitiva, la crítica feminista se ensancha e inspira otros discursos académicos y otros ámbitos de lucha.

Si la "historia desde abajo", de la que hablábamos al comienzo, pretende dar voz a los "sin voz", si la voz de los locos puede ocupar un espacio nada desdeñable en el ámbito de los estudios culturales, en particular los dedicados a los grupos subalternos o a la otredad, no cabe duda de que ofrece también elementos fundamentales para pensar la locura y la manera de actuar sobre ella. Pero recuperar —y reivindicar— su voz implica "descentrar el lugar de la enunciación" (Harding, 1998); es decir, bordear el discurso del experto (del psiquiatra, del psicólogo, etc.) y tener en cuenta el formulado —el enunciado— desde un lugar subalterno, reconociendo que el sufrimiento psíquico otorga un saber y una verdad diferentes, el de la propia experiencia. Un saber que es "profano" porque no está generado por expertos reconocidos, pero también porque, en un sentido cuasirreligioso, viene a "profanar" algunas de las sacrosantas verdades "científicas" (Correa-Urquiza, 2015). Al descentrar el lugar de la enunciación otorgamos el máximo valor al punto de vista del loco y de la loca, que pasa a desempeñar un papel epistemológico fundamental en este tipo de acercamientos (Huertas, 2012).

Los Mad Studies

En la última década, procedente de los estudios culturales y recogiendo la tradición de los procesos de investigación-acción (Lewin, 1946), ha surgido una importante línea de trabajo, conocida como Mad Studies, que aúna investigación académica y militancia social, o sociopolítica, y que se ha convertido en uno de los núcleos más representativos de un renovado pensamiento antipsiquiátrico (Huertas, 2018). El término fue propuesto por Richard A. Ingram, investigador de la Universidad de Ryerson de Toronto en 2008 en una conferencia sobre dysability studies (Ingram, 2016).

Los Mad Studies pueden definirse como un gran programa de producción de conocimiento y de activismo político que tiene por objeto el estudio crítico de las formas de estar, pensar, comportarse o relacionarse con el psiquismo. Valoran y tienen muy en cuenta las experiencias de los supervivientes de la psiquiatría y se esfuerzan por transformar las ideas, las prácticas, las leyes e, incluso, los lenguajes opresivos, tanto en el ámbito de la salud mental y de los saberes psi, como en contextos sociales y culturales más generales (Menzies, LeFrançois y Reaume, 2013).

Los Mad Studies se desarrollan con una metodología transversal que obliga a poner en diálogo la medicina, la psiquiatría, la psicología o el trabajo social con la sociología, la antropología, la literatura o los estudios culturales. En el marco de estos últimos, los gender studies, los dysability studies, los body studies, los queer studies, etc., forman parte de un pool de áreas de estudio que se atraviesan constantemente y que se caracterizan, en muchos casos, por el análisis en torno al poder y a la norma y por la propuesta de discursos contrahegemónicos. En el caso de los Mad Studies resulta muy evidente la voluntad de elaborar un discurso que cuestione la psiquiatría biológica (biomedical psychiatry), así como de conocer y reconocer la importancia de los colectivos de personas

psiquiatrizadas y de sus actividades de reivindicación, marcando el acento asimismo en la dimensión ética de las prácticas psiquiátricas (Sweeney, 2016).

Una de las fuentes de inspiración de este tipo de estudios es la reflexión en torno a las subjetividades, a las formas de expresión, experiencias y aspiraciones de quienes se han confrontado con los poderes de la psiquiatría institucional. En este sentido, se trataría de impugnar los "regímenes de verdad" en torno a la "enfermedad mental" (Foucault, 2003; Huertas, 2012), así como de incorporar a la investigación a los grupos afectados (Russo, 2012).

Finalmente, cabe decir que los Mad Studies otorgan una especial importancia a los estudios históricos que permitan conectar con el legado de las luchas pasadas y situarse así en una tradición de resistencia que se proponen desarrollar tanto en el plano teórico como organizativo (Burstow y LeFrançois, 2014). Asimismo, podría decirse que los Mad Studies giran sobre estos cuatro ejes temáticos: 1) la reflexión sobre qué es la locura, 2) la historia crítica de los tratamientos y del confinamiento psiquiátrico, 3) los estudios sobre mujeres y locura, y 4) el activismo.

Los Mad Studies tienen todavía un escaso recorrido y, a pesar de su rápida expansión, habrá que esperar para ver lo que da de sí como movimiento. Ha recibido críticas diversas como, por ejemplo, su etnocentrismo (blanco, occidental y del hemisferio norte); así, en el Manifiesto Mad People of Colour (Gorman et al., 2013), exhorta, entre otras cosas, a "dejar de presentar el movimiento de locos blancos como una cultura que se celebrará como parte del multiculturalismo de Canadá", en clara alusión al núcleo original de los Mad Studies. Otros autores han lamentado la escasa conexión con el Sur (Beresford, Russo y Boxall, 2020), aun cuando existen iniciativas de "estudios locos" de gran interés, como por ejemplo en Chile (Burstow, 2019) y otros lugares de América Latina (Cea-Madrid, 2018). Asimismo, se les ha atribuido un cierto elitismo académico (Rose, 2018), alejado de la realidad asistencial y de cuidados. Todo esto es cierto, sin duda, pero también es verdad que las actividades académicas en torno a la locura tienen, en general, mucha dificultad para incluir las experiencias vividas, que suelen permanecer "fuera de los procesos de producción de conocimiento"

(Milton, 2014). En este sentido, algunos ámbitos académicos ofrecen oportunidades que no siempre están disponibles en otros lugares. Además, aunque vinculados y en buena medida alentados por el activismo, los Mad Studies no dejan de ser un campo de estudio e investigación.

A propósito de esta última reflexión, no me parece difícil relacionar los Mad Studies con los estudios subalternos a los que me he referido en páginas precedentes. El gran reto de los estudios culturales que se ocupan de los grupos subalternos ha sido señalado por John Beberly (2004: 23), al afirmar que "el subalterno es subalterno en parte porque no puede ser representado adecuadamente por el saber académico (y por la teoría)". Como ha señalado Lucy Costa (2014): "Mad Studies es un área de educación, erudición y análisis sobre las experiencias, historia, cultura, organización política, narrativas, escritos y, lo más importante, las PERSONAS que se identifican como: locos; sobrevivientes psiquiátricos; consumidores; usuarios de servicios; enfermos mentales; pacientes; neuro-diversos…".

Son esas narrativas, esos escritos de las locas y los locos, lo que me interesa analizar en las páginas que siguen. El marco teórico esbozado que, como puede verse, surge de la articulación de varias tradiciones historiográficas, intelectuales y culturales, nos permitirá recorrer la palabra escrita sobre distintos soportes: obras literarias, cartas, diarios, fanzines, etc., y valorar experiencias y subjetividades, testimonios e interpretaciones, sobre la locura propia en contextos diferentes.

La locura escrita en primera persona

Algunas precisiones metodológicas me parecen todavía necesarias. Sabemos que el lenguaje no es inocente, que puede ser una herramienta de opresión o servir para invisibilizar a determinados colectivos. La utilización de lenguajes inclusivos o respetuosos con las minorías debe ir más allá de la "corrección política" y contribuir a crear o favorecer, sin estridencias, ambientes culturales emancipadores. No siempre es fácil, pues el lenguaje tiene sus reglas, sus peculiaridades locales, incluso puede ser traicionero, con términos polisémicos o sinónimos que, en realidad, no significan lo mismo porque dependen de la ideología, cultura de origen, etc., de quien lo formule. Un ejemplo típico de esto puede ser el término "empoderamiento", sobre el que reflexionaremos en el último capítulo, pero lo que me interesa enfatizar en este momento es la utilización de la palabra "locura", incluso desde el mismo título del libro: ¿por qué priorizo aquí el término "locura" frente a otros posibles?

Un grupo de investigadores dirigidos por Peter Beresford, profesor de la Universidad de Essex y especialista en política social y participación ciudadana, ha desarrollado en la última década dos proyectos de investigación cuyo objetivo era explorar cómo los llamados supervivientes de la psiquiatría entendían los problemas de salud mental. Resultó que la mayoría de los encuestados percibía que un modelo biomédico dominaba el pensamiento de los profesionales y del público en general, y que esta perspectiva era estigmatizante y de escasa utilidad. Por el contrario, prevalecía el acuerdo generalizado de que un enfoque social resultaba mucho más eficaz para comprender la angustia y el sufrimiento psíquico. Sin embargo, a pesar de las reservas formuladas hacia el modelo biomédico y su terminología asociada (enfermedad, trastorno, etc.), existió cierta división de opiniones sobre la utilización de los vocablos loco/a y locura. Mientras que algunos reclamaban su empleo porque reflejaba su experiencia, otros expresaron fuertes

reservas por sus connotaciones negativas y porque su significado podía ser confuso (Beresford, Nettle y Perring, 2009; Beresford et al., 2016).

Es cierto que "loca/loco" y "locura" son palabras aterradoras, que tienen connotaciones históricas y culturales muy negativas, y con frecuencia se utilizan de manera despectiva, como un arma arrojadiza contra personas cuyos comportamientos no se entienden, no se comparten o, simplemente, incomodan. Pero si se pretende marcar distancias frente al modelo biomédico, parece obvia la reticencia hacia las categorías médicas; por eso, a falta de un léxico más apropiado, Beresford (2019) concluye que el término locura, a diferencia de las etiquetas diagnósticas al uso, permite la comprensión social del sufrimiento psíquico y alienta la apreciación de que todos y todas podemos enloquecer por circunstancias sociales, biográficas, experienciales, etc. La propuesta sería, entonces, resignificar el término locura, hacer inofensivo un lenguaje que se ha utilizado para oprimir y agredir, y valorar hasta qué punto "locura" y "loca/loco" pueden ser utilizados como términos emancipatorios. Así al menos se ha entendido desde determinados colectivos activistas, como el Orgullo Loco (Mad Pride) y, más recientemente, por los estudios locos (mad studies). Las palabras de Marta Plaza (2019) confirman esta tendencia:

Son las propias usuarias y ex usuarias de los servicios de salud mental, que conviven con sufrimiento psíquico o experiencias inusuales, las que hoy se reapropian del término "loco" y, resignificándolo y dotándolo de valor, salen a la calle tras pancartas que hablan de Orgullo Loco, de derechos vulnerados, de defender la diversidad y su autonomía.

Llegados a este punto, parece oportuno intentar definir qué entendemos por locura. En coherencia con los objetivos y contenidos de este estudio, creo que podemos asumir la definición ofrecida por Peter Pelbart (1990), cuando dice: "Por loco entiendo ese personaje social discriminado, excluido, recluso. Por locura […] entiendo una dimensión esencial de nuestra cultura: la extrañeza, la

amenaza, la alteridad radical, todo aquello que una civilización ve como su límite, su contrario, su otro, el suyo más allá". A lo largo de esta monografía utilizaré el término locura en el sentido apuntado; también aludiré a otras maneras de nombrar al loco o a la loca: persona con sufrimiento o con malestar psíquico, diversa, psiquiatrizada, diagnosticada, etc., aun cuando sé que tales apelativos pueden tener diferencias de matiz. Asimismo, utilizaré nomenclatura médica o psiquiátrica cuando así lo hagan los autores citados o cuando pretenda marcar el acento en procesos de medicalización o psiquiatrización.

El objetivo de esta investigación es, como ya se ha insistido, pensar la locura a través de la expresión escrita, pero de una escritura realizada "en primera persona" que, en general, refleja experiencias vividas "en persona". La locura en primera persona es una expresión que ha hecho fortuna en ámbitos del activismo y de la psiquiatría crítica. En los últimos tiempos, varios colectivos, desde su propia experiencia como psiquiatrizados, están reivindicando tener voz propia en los servicios de salud, o en iniciativas al margen de dichos servicios. Es posible que la alusión a esa "primera persona" pueda recordar discursos de superación ante la adversidad, o ante la "tragedia personal", cercanos a visiones individualistas e, incluso, (neo)liberales; nada más lejos de mi intención. De lo que se trata es de destacar el recurso narrativo de la primera persona. Como he dicho antes, se escribe en "primera persona" pero se vive "en persona". El narrador en primera persona (del singular) cuenta su propia historia, adopta un punto de vista subjetivo y suele utilizar géneros como el diario y la autobiografía o, al menos, relatos de contenido autobiográfico. También existe, claro está, una primera persona del plural, en la que los narradores refieren la historia no como un individuo, sino como componente de un colectivo que actúa como una unidad.

En todo caso, como en cualquier narrativa, hay que contar con el que escribe y con el que lee. El acuerdo tácito que vincula al lector y al escritor ha sido descrito por Philippe Lejeune (1975) con el nombre de "pacto autobiográfico", para las autobiografías como género literario, pero me parece que es necesario también para buena parte de las memorias que vamos a analizar a continuación. El acto de lectura es lo que genera el espacio habitado por el pacto

biográfico (Pozuelo, 2006: 30), pero ese pacto también implica el reconocimiento de que el texto que se lee es un "expediente de realidad" (Alberca, 2007: 69) que puede ser confirmado, convirtiéndose así en un "pacto de verdad".

Los distintos capítulos que pueden leerse a continuación abordan aspectos muy diversos de la escritura del loco/a, tanto en cuanto a su soporte, como a sus contenidos y a sus contextos. La variedad de fuentes (literatura, diarios, cartas, etc.) y su naturaleza permiten pasar de la historia de la psiquiatría y de los psiquiatras, a la historia de la locura y de los locos; de la historia de pretendidos saberes distantes y "objetivos", a la historia de las vivencias "subjetivas". La tarea es compleja porque, como se verá, requiere una diversidad metodológica amplia y un enfoque transversal que obliga a un diálogo permanente entre la historia cultural y otras disciplinas: filosofía, antropología, sociología, literatura y crítica literaria, estudios culturales, etc., además de con la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis.

No todos los capítulos tienen la misma estructura; mientras unos analizan y relacionan obras literarias o relatos delirantes, otros se centran en experiencias de internamiento o en manifestaciones reivindicativas. Unos agrupan a varios autores y fuentes, y otros son más monográficos.

El capítulo titulado "El yo disidente y sus narrativas" recoge y reconoce la influencia de la propuesta teórica y metodológica de Ana Martínez Pérez-Canales (2019) y recurre a la literatura para reflexionar sobre el papel de la escritura como reflejo de ese yo disidente que dialoga constantemente con la locura. La elección de los autores no ha sido fácil, pero creo que Fernando Pessoa, James Joyce o Robert Walser (autores también estudiados por Ana Martínez) representan de manera tan clara modelos diferentes de disidencia, que merecía la pena tenerlos en cuenta. Podrían haber sido otros muchos, claro, como Franz Kafka, Marcel Proust, Friedrich Hölderlin, Søren Kierkegaard o Leopoldo María Panero, entre otros muchos, pero había que seleccionar, pues tan solo se trataba de abordar algunos casos que fueran suficientemente significativos para nuestros objetivos. Se destaca también la obra de Janet Frame o de Annemarie Schwarzenbach, reservando a otras

mujeres “disidentes” para otros capítulos. Junto a la reflexión sobre la creación literaria, me ocupo también de la escritura delirante o “psicótica” como una muestra de disidencia extrema, con otros tres estudios de caso: el conocidísimo Schreber, el psiquiatra psiquiatrizado Julio Fuente y un paciente anónimo cuyo testimonio quedó archivado en una institución psiquiátrica. Conceptos como la “escritura que salva”, el trabajo subjetivo y el esfuerzo de autorreparación a través de la escritura, junto al exilio de la palabra o el autoexilio en la locura, son explorados en este capítulo.

“Escribir en el manicomio” se ocupa de estudiar las letras cautivas en una institución total como es el manicomio. Cartas de locos desconocidos que, al ser retenidas y archivadas en sus expedientes clínicos, nunca llegaron a su destino y, por consiguiente, jamás obtuvieron respuesta. Las fuentes principales, procedentes del antiguo Manicomio de Leganés (Madrid), han sido utilizadas en investigaciones previas por el equipo del ya citado “Programa Leganés”; en esta ocasión, se insiste en la idea del manicomio como un “lugar paradójico”, en las condiciones de vida en su interior y en los procesos de negociación y resistencia que aparecen reflejados en los escritos analizados. También se estudia una variante de este tipo de producción que son las revistas, folletos, fanzines, etc., editados en el interior de los establecimientos psiquiátricos por los propios internos —unas veces por iniciativa propia, otras bajo la tutela de los responsables de las instituciones— y que pueden estar relacionados con la laborterapia o no. Se trata de documentos muy variados, algunos de los cuales desempeñaron un papel de interés en el marco de la psicoterapia institucional o en iniciativas de orientación antipsiquiátrica.

En el capítulo “Ser mujer y estar loca” se analiza la doble condición subalterna de la locura femenina, a través de algunas alusiones a la literatura y al arte de mujeres diagnosticadas que se convirtieron en referente feministas indiscutibles, como Sylvia Plath o Leonora Carrington, pero sobre todo mediante el análisis de dos diarios de mujeres que narran en primera persona su experiencia con la locura y con el manicomio. Alda Merini y Christine Lavant fueron dos escritoras que alcanzaron un reconocido prestigio tras las citadas experiencias y que nos muestran distintos mecanismos de disidencia y de defensa ante su particular drama existencial. A estos

testimonios se añaden otros de internas que, en cartas escritas en su confinamiento manicomial, narraron su desgracia de mujeres locas, su situación de indefensión, pero también sus rebeldías y, una vez más, sus resistencias.

“Estar loca y ser activista” es un capítulo algo diferente en su diseño porque está dedicado de manera exclusiva y monográfica a la figura de Kate Millett y a su relato autobiográfico Viaje al manicomio. Kate Millett ya era una destacada militante feminista y activista por los derechos humanos y civiles antes de ser diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva. Esta obra de Millett es, sin duda, más completa en cuanto a peripecias vitales y más sólida en planteamientos y teorizaciones que otros diarios que narran experiencias de internamiento manicomial. El fuste intelectual de la autora, su fuerza narrativa, su capacidad para relacionar y hacer confluir activismos, etc., justifican el espacio que se la otorga en este ensayo.

Finalmente, y enlazando con el capítulo anterior, “De supervivientes y activistas”, pretende ofrecer una visión general de los orígenes del movimiento de supervivientes de la psiquiatría, sus antecedentes y, en particular, las aportaciones de activistas como Judi Chamberlin, quien en buena medida sentó las bases de dicho movimiento, definiendo, entre otras cosas, conceptos tan importantes y utilizados en la actualidad como el de empoderamiento o el de cuerdismo.

En suma, un intento de reflexionar, desde el marco teórico propuesto, sobre la(s) locura(s) en “primera persona”; un recorrido que nos lleva desde las subjetividades disidentes a las experiencias del encierro manicomial, y desde los tratamientos psiquiátricos al activismo en el ámbito de la salud mental… o, por mejor decir, del malestar psíquico.

Capítulo 2

El yo disidente y sus narrativas

Introducción

El hombre sin atributos es una larga e inacabada novela de Robert Musil, publicada en tres tomos (1930, 1933 y 1943, respectivamente). A través de Ulrich, un joven e idealista matemático convertido en sarcástico espectador de la decadencia del Imperio austrohúngaro, el autor ofrece una reflexión sobre las paradojas de la modernidad, la crisis del racionalismo y la búsqueda de una salida a las emociones atrapadas en un sistema social asfixiado por la ciencia y la complejidad de la vida (Musil, 2010). Aunque la obra de Musil se sitúa en la Europa de entreguerras, y los avatares de Ulrich y el resto de los personajes tienen sentido en dicho contexto, su influencia ha sido significativa en trabajos posteriores. En su tesis doctoral, Ana Martínez Pérez-Canales (2019) se ha inspirado en El hombre sin atributos para proponer el "yo disidente", una categoría de análisis que ofrece claves para profundizar en la reflexión sobre la complejidad del psiquismo y sobre la necesidad de comprender que existen múltiples versiones narrativas de la experiencia humana. Con anterioridad, y en colaboración con Mariano Hernández Monsalve, publicó Literaria(mente), un trabajo preliminar que ya mostraba el interés de relacionar creación literaria y subjetividad desde la perspectiva de la disidencia del escritor (Martínez Pérez-Canales y Hernández Monsalve, 2015). Aunque en un sentido algo diferente, y probablemente más laxo, utilizaré a continuación el término "yo disidente" para intentar comparar distintas formas de construcción del relato en torno a la locura y la subjetividad.

El término disidencia se aplica a las personas o colectivos que manifiestan un desacuerdo total o parcial con respecto a los criterios de convivencia (y de normalidad) aceptados (o impuestos) por la comunidad o por la sociedad correspondiente; en otras palabras, con el orden establecido. La disidencia implica desacuerdo, pero también autoexclusión; supone, en términos de la RAE: "La separación de la común doctrina, creencia o conducta". Entendido así, puede haber disidentes políticos, religiosos o de cualquier otro tipo, pero en el ámbito que nos ocupa, las personas

con un diagnóstico de psicosis representan una forma extrema de disidencia. El (anti)psiquiatra británico Ronald Laing comparaba dicha “disidencia” con un avión que se separa de su escuadrón sin que, en rigor, pueda decirse si es el avión o todo el escuadrón el que se halla “fuera de ruta” (Laing, 1977: 104).

Si exceptuamos la escucha directa, la escritura es el soporte más habitual en el que podemos identificar la locura disidente. Es obvio que no toda locura es disidencia, y no toda disidencia es locura, pero coincidan o no, ambas nos remiten a maneras determinadas de subjetividad. Las fuentes escritas a las que podemos recurrir en este sentido son diversas: obras literarias, diarios, autobiografías, cartas, etc., cada una con sus características y particularidades.

El yo disidente en la literatura

Es obvio que la nómina de escritores y escritoras que representan una forma de disidencia —extrema o no— en sus vidas y en sus obras es inmensa, como lo son sus variantes y sus contextos. No pretendo ni mucho menos ofrecer aquí un inventario de obras y autores, pero sí señalar algunos ejemplos, sobre los que hay además una amplísima bibliografía, que nos permitan poner el foco en el papel que la literatura puede desempeñar en una reflexión sobre ese yo disidente y sus múltiples expresiones.

El yo disidente de Fernando Pessoa, con su literatura del desasosiego (Pessoa, 1984; Diéguez, 2007), puede ser un primer ejemplo muy elocuente. El debate sobre su estado de salud mental ha dado lugar a opiniones encontradas. El médico portugués Mario Saravia (1996: 135) le etiqueta de psicópata hebefrénico y argumenta que cualquier interpretación de su obra que no tenga en cuenta su "enfermedad" mental resultaría absurda; sin embargo, Guillermo Rendueles critica la tentación de considerar a Pessoa un caso de personalidad múltiple, lo que parecería explicar la existencia de sus famosos heterónimos, y aboga por una despsiquiatrización de su obra: "Tomarse a Pessoa en serio implica ir más allá del caso clínico y entender la difuminación de su identidad o su ausencia de límites como formas de subjetivación" (Rendueles, 2004: 166). Personalmente, no podría estar más de acuerdo: la introspección de Pessoa, sus reflexiones sobre sí mismo, apuntan a un yo atormentado y solitario. Una soledad que probablemente amortiguó, o intentó atenuar, con la creación de sus heterónimos. Una biografía disidente en la que los posibles diagnósticos son lo de menos y en la que lo realmente fascinante es el trabajo subjetivo que le permite manifestarse a través de dichos heterónimos. Uno de ellos, Álvaro de Campos (Pessoa, 1993), expresa el temor a la propia locura en el poema de 1934 "Esta vieja angustia" (Esta velha angústia):

Esta vieja angustia,

esta angustia que hace siglos traigo en mí,

desbordó la vasija,

en lágrimas, en grandes imaginaciones,

en sueños al estilo de una pesadilla sin terror,

en grandes emociones súbitas sin sentido alguno.

Desbordó.

¡Mal sé cómo conducirme en la vida

con este malestar haciéndome pliegues en el alma!

¡Si al menos me enloqueciese de verdad!

Pero no: es este estar entre,

este casi,

este poder ser que…

Esto.

Un internado en un manicomio es, al menos, alguien.

Yo soy un internado en un manicomio sin manicomio.

Estoy loco en frío.

Estoy lúcido y loco.

Estoy ajeno a todo e igual a todos.

Estoy durmiendo despierto con sueños que son locura.

Porque no son sueños.

Así estoy.

Según Ana Martínez Pérez-Canales (2019), el yo disidente de Pessoa se configura en torno a dos elementos fundamentales: su extrema soledad y su forma de entender la existencia como una vida soñada. Pero, con independencia de tal categorización, podríamos considerar que el recurso a la escritura aparece aquí como una tabla de salvación. Parecería que, en el caso de Pessoa, la literatura se convierte en una confesión de que la vida no basta (Taibo, 2011).

Esta "literatura que salva" puede identificarse con claridad, aunque en un sentido diferente, en otro autor tan relevante como James Joyce. Rebeca García Nieto (2007), en un esclarecedor trabajo sobre el autor irlandés, analiza de manera convincente de qué manera la escritura y el exilio salvaron a Joyce de desarrollar una psicosis clínica. Siguiendo a Maleval (1998: 179), considera que Joyce es un "fonámbulo del litoral"; es decir, un autor en el que la escritura impidió, al menos en parte, descompensaciones psíquicas, por más que se viera abocado a continuos y difíciles equilibrios frente a un abismo que, a su vez, necesitaba apuntalar. En Joyce, la disidencia del lenguaje cobra una especial significación, si bien esta no es siempre valorada de la misma manera. El debate suscitado a propósito de su última obra, Finnegan's Wake, publicada en 1939 pero que comienza a escribir en 1924 tras la publicación de Ulises, permite contrastar el papel que el lenguaje desempeña en este autor.

Finnegan's Wake se caracteriza por constantes juegos lingüísticos que dificultan enormemente su lectura. Fue menospreciado por la crítica literaria, aunque también tuvo defensores, generándose una amplia discusión en los círculos culturales británicos imposible de reproducir aquí. Solo a modo de ejemplo, y aludiendo al medio académico español, cabe señalar que para algunos estudiosos de la obra de Joyce como Francisco García Tortosa (1992), editor de la revista Papers on Joyce y autor de la difícil traducción al castellano de Finnegan´s Wake, se trata de un monumento de la literatura del siglo XX por su carácter experimental, producto de la evolución de la técnica narrativa de Joyce. Por el contrario, y sin salirnos del ámbito de la literatura, Martín de Riquer y José María Valverde, a propósito de Finnegan's Wake,

afirman: "Y tras Ulises viene el derrumbamiento, la desintegración de la voz y de todo ese gran relato, al perderse el núcleo del sujeto parlante, deshecho en juegos de palabras entre grotescos sueños que vuelven en círculo" (Riquer y Valverde, 1965: 283).

Sin embargo, las aportaciones desde la psicopatología y el psicoanálisis resultan más unánimes y tienden a interesarse sobre cómo el lenguaje se hace dueño del autor hasta hacerle desaparecer. Ya en Ulises, el narrador de los primeros capítulos, Stephen Dedalus, va diluyéndose poco a poco, según se avanza en la lectura de la novela, hasta que el lenguaje termina por imponerse. Este fenómeno se hace muy evidente en Finnegan's Wake, donde el autor termina por desvanecerse y parece estar "a punto de ser enterrado vivo en las arenas movedizas del texto" (García Nieto, 2007: 71). Este alejamiento del autor recuerda también a Mallarmé —poeta maldito y disidente— cuando asegura que una obra pura implica "la desaparición elocutoria del poeta, quien cede la iniciativa a las palabras" (Mallarmé, 1945: 360). Algunos autores han encontrado puntos de conexión entre ambos escritores (Hayman, 1956), lo que ha sido señalado también en círculos lacanianos (San Miguel, 2020: 178).

Una última consideración sobre el estado mental de Joyce me parece pertinente. Sin contar con la peculiar relación entre Joyce y su hija —analizada por José María Álvarez (2017) en el capítulo "Las locuras de Joyce y Lucia" de sus Estudios sobre psicosis—, merece la pena recordar que Jung (1930/1989) llegó a considerar los atropellados monólogos interiores y el estilo literario de Ulises como propio de un lenguaje psicótico y esquizoide, sin que ello le impidiera mostrar su admiración por la complejidad de la obra. A su vez, García Nieto (2007) opina que Finnegan's Wake puede considerarse como una labor de reescritura de los fenómenos elementales que en aquel momento podían estar aflorando, de modo que al reescribirlos se hacía dueño de ellos. Es sabido que el interés de Lacan (1975/2006) por la obra de Joyce tuvo mucho que ver en la formulación del concepto de sinthome por parte del psicoanalista francés.

Ana Martínez Pérez-Canales (2020) retoma el dilema de la escritura en el Joyce de Finnegan's Wake: ¿psicosis o técnica narrativa? Es

cierto que, según afirma Fernando Colina (2002: 81), la estrategia del psicótico para dominar el delirio "consiste en inventar palabras y a la vez eliminar todas aquellas de las que se pueda prescindir hasta reducirlas al mínimo indispensable", y en Finnegan's Wake hay un número importante de neologismos y un notable esfuerzo por crear un lenguaje nuevo; pero mientras escribía su última obra, ¿realmente estaba cautivo de su propia creación?, ¿realmente estaba exiliado de la palabra? Porque cuando no escribía, en otros órdenes de la vida, se expresaba en un impecable inglés o, cuando vivía en Trieste, en un correcto italiano (Martínez Pérez-Canales, 2020: 52).

Como ya hemos dicho, la obra de Joyce cuenta con multitud de análisis y comentarios, algunos de autores muy relevantes, pero terminaré aludiendo a los del escritor argentino Ricardo Piglia, a quien descubrí gracias a Daniel Matusevich (2018). En El último lector, Piglia considera que Joyce representa la figura del lector final, el que "se pierde en los ríos del lenguaje" (Piglia, 2005: 188), pero argumenta también que el autor irlandés encuentra en Freud una determinada manera de narrar, de modo que

Finnegan's Wake, que por supuesto es una de las experiencias literarias límites de este siglo, se construye en gran medida sobre la estructuración formal que se puede inferir de una lectura creativa de la obra de Freud: una lectura que no se preocupa por la temática sino por el modo en que se desarrollan ciertas formas, ciertas construcciones (Piglia, 2003: 3).

Con independencia de la influencia del psicoanálisis en la obra de Joyce, Piglia reproduce una hipotética conversación entre Joyce y Jung que viene a resumir buena parte de las ideas que hemos estado exponiendo. La viñeta propuesta por el intelectual argentino queda descrita del siguiente modo: el escritor le muestra al médico textos escritos por su hija Lucia y fragmentos de Finnegan's Wake que, como ya sabemos, utiliza un lenguaje "psicótico", en la medida que es fragmentado, onírico, disperso, etc., y le comenta: "Acá le traigo los textos que ella escribe, y lo que ella escribe es lo mismo que escribo yo", a lo que Jung le contestó: "Pero allí donde usted nada,

ella se ahoga" (Piglia, 2003: 3).

Pero si, en el caso de Pessoa o en el de Joyce, la escritura tiene una función compensadora o salvadora de la locura "clínica" o "descompensada", el caso de Robert Walser es opuesto y paradójico. Este escritor suizo germanoparlante sufrió en 1929 un cuadro de alucinaciones auditivas, insomnio y crisis de ansiedad, motivo por el cual fue internado en el hospital psiquiátrico de Waldau, próximo a Berna, con un diagnóstico de esquizofrenia (Gisi, 2018: 351 y ss.). Algunos años más tarde, en 1933, fue trasladado en contra de su voluntad al asilo psiquiátrico de Harisau, más alejado de la capital, donde permaneció hasta su muerte en 1956. Parece que durante todo este tiempo fue un interno tranquilo y discreto que gustaba de dar paseos por los alrededores de la institución. Su editor y protector Carl Seeling terminó escribiendo un libro titulado Paseos con Robert Walser, en el que narra con elocuencia algunas de las conversaciones mantenidas entre ambos durante ese tiempo.

Pues bien, Walser dejó de escribir en 1933 y ya no volvió a hacerlo nunca más. Según cuenta a su editor, en un principio, "me esforcé en seguir escribiendo, pero lo único que conseguí arrancarme entre tormentos eran necedades" (Seeling, 2000: 27), para finalmente abandonar de manera consciente toda actividad literaria: "Es absurdo y cruel plantearme la exigencia de que escriba también en el sanatorio. El único suelo en el que el poeta puede producir es el de la libertad. Mientras no se cumpla esa premisa me niego a volver a escribir jamás. No sirve de nada poner a mi disposición una habitación, papel y pluma" (Seeling, 2000: 28).

Es evidente que la relación con la escritura de unos autores y otros es muy distinta. No es lo mismo exiliarse o refugiarse en la escritura que hacerlo en la locura. En el caso de Walser, su yo disidente no le lleva a escribir, sino a dejar de hacerlo. Una postura que implica un "autoexilio en la locura" (Amann, 2010; Martínez Pérez-Canales, 2020), pero también una reivindicación de libertad. Una manera de estar que ha sido, con toda probabilidad, común a muchas personas psiquiatrizadas, aunque los contenidos de su disidencia, de su "distancia", de su ruptura con lo que se espera de ellos sean diferentes en cada caso.

Podríamos extendernos mucho más, y llegar a la poesía del

atormentado Friedrich Hölderlin (Waiblinger, 2003), a la del más cercano Leopoldo María Panero (Kadmon, 2017), o a la manera en que los sentimientos de angustia melancólica que Søren Kierkegaard mostró en su Diario íntimo (Kierkegaard, 1993) modularon, en muy buena medida, una obra filosófica y teológica influyente que ayudará a la construcción de conceptos fundamentales como el de subjetividad (Amorós, 1987; Solé Plans, 2010). Como he dicho, el tema es inabarcable y no tendría sentido seguir enumerando autores que no harían sino redundar en lo que pretendo argumentar. Sin embargo, me parece muy importante no solo visibilizar, sino destacar de manera muy sobresaliente la escritura de ciertas "mujeres locas" que, a pesar de su doble condición subalterna —como locas y como mujeres— han pasado a la historia de la literatura y son reivindicadas ahora, al menos en cierta medida, como figuras de resistencia femenina y feminista. A pesar de los diagnósticos con las que fueron etiquetadas: la psicosis maniaco-depresiva de Virginia Woolf (García Nieto, 2004; Ballester-Roca e Ibarra-Rius, 2018), el trastorno bipolar de Sylvia Plath (Alexander, 2017), la esquizofrenia de Zelda Fitzgerald (Esteve y Huertas, 2018) o de Janet Frame (McQuail, 2018), la esquizofrenia y las adicciones de Annemarie Schwarzenbach (Mazucco, 2006), etc., han acabado siendo reconocidas como grandes escritoras.

Así, la neozelandesa Janet Frame (1957) combinó poesía y prosa en su reflexión sobre los límites y las continuidades entre la cordura y la locura en Owls Do Cry (Los búhos también lloran). Su sobrecogedora autobiografía (Frame, 1984/2008) nos ofrece datos de gran interés, como su experiencia de diez años ingresada en un hospital psiquiátrico donde sufrió tandas de electroshocks y casi fue sometida a una lobotomía, de la que se libró en el último momento porque uno de sus psiquiatras se enteró de que había sido galardonada con un premio literario. Se trataba del Hubert Church Memorial Award, otorgado por la Sociedad de Autores de Nueva Zelanda en 1951 por su primer libro, The Lagoon and other stories.

Antes hablábamos de la escritura o de la literatura "que salva". En un sentido un poco diferente, es lo que le pasó a Janet Frame. Tras librarse de la lobotomía y ser dada de alta, se convirtió en una de las figuras más reconocidas de la literatura neozelandesa: candidata al Premio Nobel de Literatura, miembro de la American Academy of

Arts and Letters, etc. No obstante, su amplia producción —novelas, relatos breves y poesía— siempre estuvo marcada por sus dolorosas experiencias vitales. Su sensibilidad y sus emociones se expresan en un exquisito manejo de la metáfora poética. No me resisto a reproducir aquí, a modo de ejemplo, uno de sus poemas más conocidos que refleja, en muy buena medida, el talante anímico de la escritora. Ya desde el título, "Soy invisible" nos introduce en un mundo interior tan lírico como atormentado y, en cierto sentido, "disidente":

Soy invisible.

Siempre he sido invisible

como la pobreza en un país rico,

como los ricos en sus cuartos velados de sus casas con muchos cuartos,

como las pulgas, los piojos, como lo que crece bajo la tierra,

los mundos más allá del cielo, el viento, el tiempo, las ideas —

el catálogo de invisibilidad es inagotable,

y, eso dicen, no es buena poesía.

Como las decisiones.

Como cualquier otra parte.

Como las instituciones alejadas del camino llamado Scenic Drive.

No más símiles. Soy invisible.

En un mundo poblado por gente de visión binocular después de todo soy parte de la mayoría

mientras que tú y yo caminamos con nuestra lunita creciente de visión en nuestra oscuridad personal

a través de un mundo en el que las decisiones de ser y no ser

se encuentran controladas por la luz

asistidas por las lágrimas y el sueño de la desatención o la muerte.

Soy invisible.

Los amantes atraviesan mi vida para tocarse entre sí,

la lluvia que cae en mí me traspasa como sangre sobre la tierra.

Ninguna cabeza me incluye como conocimiento.

Otorgo libertad a quienes bailan,

a decir la verdad.

Así es. No hay nadie aquí para observar ni escuchar disimuladamente,

y entonces aprendo más de lo que tengo derecho a saber (Frame, 2015).

Por su parte, la viajera, fotógrafa, arqueóloga y escritora suiza Annemarie Schwarzenbach es un ejemplo fascinante de cómo múltiples disidencias pueden articularse en una personalidad compleja y atormentada. Según Dominique Grente y Nicole Müller (1991), "Annemarie representaba el punto donde convergían todas las aspiraciones y todos los interrogantes, todo el extravío de una generación". Una generación, la de la Europa de entreguerras, cuyos anhelos y ambiciones se truncaron ante el ascenso del nazismo. Íntima amiga de la familia de Thomas Mann, en particular de sus hijos Erika y Klaus, su juventud transcurrió en permanente tensión entre la dependencia de una familia conservadora y sus ideas libertarias. Sus adicciones, su porte andrógino, su lesbianismo, sus tristezas, su pasión por Oriente (Schwarzenbach, 1936/2003) hacen de Annemarie una figura con la que poder ilustrar y reflexionar

sobre la otredad. En 1940, de viaje por Estados Unidos, tras una profunda crisis y un intento de suicidio fue ingresada en un psiquiátrico en Connecticut diagnosticada de esquizofrenia. Miriam Baquero (e. p.) ha rescatado la narrativa de la propia Annemarie ante aquella situación: "Está usted enferma. No se ponga nerviosa, tranquilícese. Era todo lo que me sabían decir. Le enseñé algunos de mis poemas. Ni siquiera los miró. Más tarde me pusieron la camisa de fuerza. Por supuesto, me resistí", llamando la atención sobre el hecho de que es un estado de supuesta locura en el que escribe, con nitidez absoluta, su intención de oponer resistencia. En otro de sus ingresos, esta vez en el Bellevue Hospital de Nueva York, la relación entre locura y escritura ha sido descrita en términos casi imposibles: "…ella no es una desmemoriada, sino una criatura dotada de razón y de conocimiento. Una escritora. Pero el privilegio de la diversidad es de poco consuelo aquí dentro, aquí dentro no hay plumas, no hay papel, no se puede escribir si no es en la mente, ni ella aquí dentro podría encontrar un verso, una frase sensata, una música" (Mazucco, 2006: 321).

La escritora italiana Melania Mazucco (2006) firma una apasionante biografía novelada de Annemarie Schwarzenbach pero, en el ámbito que nos ocupa, los trabajos todavía incipientes de Miriam Baquero Leyva están ofreciendo claves de interés para reflexionar no solo sobre tan controvertida figura y, una vez más, sobre el poder de la escritura: "Escribir pudo ser la única identidad y una vía de refugio para una mujer que atravesó las barreras de sus roles asignados y cuya obra logra inspirarnos a casi un siglo de su muerte", sino sobre el papel del arte en la construcción de la subjetividad: "El arte logra ser un nuevo lugar entre el mundo interno y el externo. Nos permite crear con todo el poder reparador de este acto. Es puente desde el que contemplar la falta. Símbolo desde el que enfrentar el conflicto. Una introspección comunicada" (Baquero, Conseglieri y Álvarez-Arenas, 2019: 48).

Otras escritoras relataron sus "memorias psiquiátricas" de modo específico con descripciones concretas, en primera persona, de los avatares que vivieron y sufrieron en el marco del aparato asistencial psiquiátrico. Algunas autoras, recientemente traducidas y editadas en castellano, como Alda Merini (2019) con La otra verdad, Christine Lavant (2018) con sus Notas desde el manicomio, o Kate

Millett (2019) y su Viaje al manicomio, representan versiones diversas de un yo disidente femenino que deben quedar aquí apuntadas para ser retomadas en capítulos posteriores de esta monografía.

Finalmente, no podemos dejar de aludir a la narrativa del delirio. Con independencia de que el delirio sea considerado como una disidencia extrema o no, resulta obligado referirse, aunque sea de manera breve, a algunos “escritos delirantes” que permiten analizar y apreciar el esfuerzo subjetivo que, en el fondo, define todo delirio.

La producción delirante y su relato

El término delirio proviene del latín (de-lirare), el que se sale del surco al labrar la tierra, esos surcos rectos y uniformes que pueden verse en cualquier sembrado de cualquier campo cultivado con esmero. La imagen tiene una gran fuerza simbólica: el que se sale del recto camino, de la norma establecida, o impuesta, por el grupo social o cultural al que pertenece estaría delirando. El símil es bastante parecido al del avión que se sale de la formación y se sitúa "fuera de ruta", según la explicación de Laing que hemos visto con anterioridad. Pero el que delira, o el que tiene ideas delirantes, es el que vive "otra" realidad, el que posee una creencia que asume con absoluta convicción y certeza, por muy "ilógica" o extravagante que pueda resultar y que, en general, va acompañada de confusión, ansiedad y cambios de comportamiento. Hay al menos dos maneras de entender el delirio, como la manifestación de un déficit o enfermedad que es preciso tratar y combatir, o como un trabajo subjetivo, un esfuerzo de autorreparación y estabilización (Colina, 2001). En la primera acepción puede ocurrir, como ha indicado Francisco Pereña (2017: 48), un "olvido del sujeto", pues la preocupación por el gen, el neurotransmisor o el marcador biológico que justifique la "enfermedad" y su diagnóstico implica el anonimato para la persona con sufrimiento psíquico y, en cierto modo también, al borrar la producción delirante con un excesivo intervencionismo farmacológico, la "aniquilación del sujeto". En la segunda acepción se trataría de considerar la importancia de ese trabajo de elaboración del delirante, su esfuerzo por construirse como sujeto de la palabra. En este sentido, uno de los últimos trabajos de José María Álvarez (2020) plantea la tesis de que los síntomas psicóticos son el resultado de mecanismos y procesos defensivos, de modo que:

Si la psicosis se concibe principalmente como una alteración de la relación con la realidad, la tendencia del clínico consistirá en

intentar restablecer el orden de la realidad y devolver al paciente a ese marco referencial desvirtuado por la locura. Si, por el contrario, la locura se comprende esencialmente como una defensa necesaria y los síntomas como muletas imprescindibles, el tratamiento se orientará hacia un reequilibrio, se adapte o no a la realidad imperante y se amolde o no a los ideales de cada momento.

No se puede negar que ha habido una tendencia en psicopatología a abordar el delirio más desde una clínica que observa que desde una clínica que escucha. Sus síntomas, contenidos, evolución, etc. han tenido históricamente, y siguen teniendo con frecuencia, una voluntad clasificatoria, taxonómica, lo que puede resultar de utilidad siempre que no se olvide que cualquier sistemática parte de un prejuicio (Pinar y Huertas, 1996) o, lo que es lo mismo, de un criterio previamente establecido. Resulta fundamental que tal empeño clasificatorio no haga perder el interés por el proceso de formación del delirio y por su vigor creativo que, al ser tarea de un sujeto concreto, es siempre singular e irrepetible (Pereña, 2017: 49).

Schreber: maestro de psicosis

El caso Schreber es, sin duda, el ejemplo más conocido y elocuente de un testimonio de una persona sobre su propio delirio. Paul Schreber, autor de Sucesos memorables de un enfermo de los nervios (Denkwürdigheiten eines Nevenkranken), es considerado, sobre todo en círculos psicoanalíticos, el “gran maestro de psicosis” (Álvarez y Colina, 2012). El que un psicótico se convierta en “maestro de psicosis” implica, no cabe duda, una dimensión epistemológica nada desdeñable que podría extenderse hacia una reflexión mucho más amplia y que tiene que ver con el relato del propio delirio.

La historia es muy conocida: Daniel Paul Schreber fue un eminente jurista alemán que llegó a ser presidente de una de las Salas de la

Corte Suprema del Land de Dresde. Al poco tiempo de su nombramiento, y en medio de un trabajo intenso y desbordante, presentó un cuadro de insomnio y "agotamiento mental" que evolucionó hacia ideas hipocondriacas y una profunda labilidad emocional. En 1893 ingresó en el Instituto Clínico de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Leipzig, dirigida por Paul Flechsig, al que Schreber terminó considerando su peor enemigo. Meses más tarde fue trasladado a la Casa de Salud de Sonnenstein (próximo a Dresde) donde permaneció hasta 1902, año en que fue dado de alta gracias a una célebre apelación que presentó ante la Corte Real de Dresde y que se resolvió en favor del demandante, a pesar de tener un diagnóstico de paranoia crónica y en contra del criterio de Guido Weber, su médico en aquella época y un experimentado psiquiatra forense (Álvarez, 1999).

Este último dato es interesante porque, cuando Schreber escribe sus Memorias, las subtitula "¿en qué circunstancia puede una persona considerada loca ser detenido en un asilo contra su voluntad declarada?", lo que parece indicar una voluntad de reivindicación de su libertad que, en buena medida, ha sido eclipsada por el magistral relato que realiza de su delirio. Schreber empieza a escribir el testimonio de su propia locura en febrero de 1900, cuando ya llevaba seis años internado en Sonnenstein. Su redacción fue precedida de una minuciosa preparación, anotando sus experiencias y pensamientos en libretas para luego aprovecharlas en la redacción del texto. Sin embargo, como él mismo reconoce, buena parte de su relato fue surgiendo en el acto mismo de escribir. En este sentido, se ha sugerido en ocasiones que el cauce natural del delirio es la escritura, cuyo soporte facilitaría la elaboración de esa racionalidad tan particular que identifica al psicótico (Álvarez y Colina, 2012).

No voy a extenderme en los contenidos de los Sucesos memorables de un enfermo de los nervios, del que se han publicado múltiples ediciones. En cualquiera de ellas —la que he consultado para este ensayo es la publicada por la Asociación Española de Neuro-psiquiatría en 2003— se puede leer las características de su cuadro de "tristeza infinita", su humor melancólico, sus ideas hipocondriacas y suicidas, y su desfallecimiento subjetivo. El pensamiento de que "ser mujer debía ser muy placentero" acaba

desembocando en un delirio en el que pretende oponerse al ignominioso imperativo de Dios por el que debería, muy a su pesar, ser transformado en mujer, dejarse fecundar por rayos divinos y procrear una nueva raza.

Según nos explican José María Álvarez y Fernando Colina, a medida que iba avanzando en su escritura su inicial confrontación con Dios fue dando paso a una posible "reconciliación" (Versöhnung), término muy destacado por Lacan en su interpretación del caso. Fue precisamente en esta inflexión favorable del delirio donde Freud captó la función autocurativa que el delirio atesora (Álvarez y Colina, 2012: 109). En opinión de estos mismos autores:

El libro de Schreber es una enciclopedia de psicopatología que merece la pena ser leída de principio a fin. Pocos tratados sobre la locura pueden igualar su riqueza y su capacidad de sugerencias inagotable, incitándonos a una interpretación constante. Sus explicaciones, sus ocurrencias y sus giros lingüísticos constituyen un sabio manual para todos nosotros (Álvarez y Colina, 2012: 111).

Sin embargo, Schreber no se libró de una última crisis, por la que fue ingresado en 1907 en el asilo de Dösen (próximo a Leipzig) donde murió en 1911.

El caso Schreber ha sido objeto de un gran número de estudios, interpretaciones y controversias. Las pioneras "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente", de Freud (1911), y la aproximación crítica a la misma que Lacan realiza en un uno de sus Escritos: "De una cuestión preliminar a todo posible tratamiento de la psicosis", son aportaciones de sobra conocidas. También merece la pena citar el debate sobre el papel desempeñado por su padre, el Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber, en la génesis de la personalidad paranoica del jurista (Schatzman, 1973; Niederland, 1974), discutido con posterioridad por otros autores (Israels, 1986; Lothane, 1992). Schreber tuvo, ciertamente, muchos lectores (Calasso, 2008), entre los que caben destacar, además de los ya citados, a Deleuze y

Guattari (1972), que retoman el caso Schreber en El Anti-Edipo, o a Elias Canetti (1960/1983), cuya lectura de Schreber no está marcada por la sexualidad, como en Freud, sino por el poder. Según Raquel Kleiman (2006), en su análisis de Luces y sombras, para Canetti (2005) “todo el universo de Schreber está impregnado de luchas por el poder y como en toda relación de poder hay un desequilibrio de fuerzas, en este caso Dios y él son los rivales enfrentados siendo él no menos importante, aunque inferior en fuerzas a Dios” (Kleiman, 2011).

En todo caso, nuestra intención no puede ser desarrollar un análisis en profundidad del caso Schreber, cuya complejidad e interés resulta evidente a tenor de la abundante bibliografía existente, de la que aquí solo podemos mostrar una breve selección. Lo que nos interesa, para los objetivos de este estudio, es exponer la capacidad del sujeto que delira para producir un relato, construir una narrativa en un esfuerzo por mantener una identidad que, a su vez, le proteja de la disgregación del yo.

Asimismo, el testimonio personal de Schreber constituye también un ejemplo a favor de la lucha por la emancipación de las personas psiquiatrizadas, y por extensión, de todo ciudadano. Sus Sucesos memorables reflejan tanto la autodefensa de su libertad ante los tribunales como la autodefensa ante sí mismo que, en el fondo, es lo que termina definiendo el delirio.

Julio F.: un psiquiatra psiquiatrizado

Recientemente, Francisco Pereña ha editado un escrito de Julio Fuente (2017), un psiquiatra psiquiatrizado que refirió su delirio de manera tan detallada que nos puede llegar a recordar a Schreber. Una de las diferencias fundamentales entre ambos textos es que, mientras el jurista alemán escribe su experiencia cuando su delirio está en pleno desarrollo, el médico español lo hace en un momento de degradación del delirio, pero antes de llegar al mutismo melancólico en el que terminó. Tal como explica Pereña (2017: 99):

“El texto fue escrito […] en los años 1993 y 1994. Creo que es un escrito infrecuente. Personalmente pienso que es inédito en nuestra literatura psi. La particular clarividencia se la da el hecho de haber sido escrito en el punto fronterizo entre la derrota del delirio y la sombría caída en la melancolía”.

Francisco Pereña hace un análisis muy brillante del texto de Fuente, por lo que tan solo comentaremos algunos detalles que otorgan a su testimonio unas características muy peculiares. El hecho de que Julio Fuente fuera psiquiatra y psicoanalista explica no solo los contenidos del delirio, sino su propia manera de relatarlo. Toma para ello el modelo propuesto por Klaus Conrad (1958/1997) en La esquizofrenia incipiente, en el que se definen cinco fases del brote psicótico: trema, apofanía, apocalipsis, consolidación y residuo. Una nomenclatura que parte de una concepción unitaria del delirio en el marco de un modelo dinámico-evolutivo y en el que pueden apreciarse elementos fenomenológicos y de la psicología de la Gestalt. Es obvio que Julio Fuente había leído y estudiado en profundidad la obra de Conrad hasta el punto de utilizarla para describir su propio delirio. Es verdad que, con este recurso, fuerza un poco su propio diagnóstico, pero le ayuda a imponer cierto orden en la recreación de su proceso delirante. Es de señalar también que sus conocimientos como psiquiatra no interfieren en la manera de mostrar su experiencia y su trabajo subjetivo de elaboración y creación.

El delirio de Julio F. comienza en una reunión del Campo Freudiano a la que acude tras un viaje por India y Nepal. En dicha reunión empieza a sentir una peculiar alteración perceptiva y un sentimiento de “significación personal”, conciencia de tensa expectación y convencimiento de que con su fortaleza mental podía controlar los movimientos y las ideas de los psicoanalistas allí convocados (Trema: tensión ante algo que va a pasar de forma inminente, “fiebre de candilejas”, trance previo a salir a escena, tomado del argot teatral).

Poco después, leyendo una nota de Alain Miller —yerno de Lacan— le sobreviene una revelación, que se traduce en el convencimiento de estar llamado a ser el sucesor de Lacan: “Mi mente seguía ocupada en la parte nuclear del delirio: ser el continuador de Lacan,

‘tapado’ de Miller y futuro líder de la Escuela Europea de Psicoanálisis” (Fuente, 2017: 28-29). Tal certeza se veía corroborada por la identificación de supuestos patrones en percepciones y experiencias aleatorias o sin significado, que son interpretadas por Julio de manera errónea en su empeño de encontrar signos que confirmen que es el “elegido” (Apofanía: lo revelado). Pero este delirio “de filiación” se convierte en persecutorio cuando queda atravesado por el contexto social y político del momento. Es la época de la primera guerra del Golfo y del llamado “caso Guerra”, por el que Juan Guerra, el hermano del vicepresidente del Gobierno Alfonso Guerra, fue juzgado por corrupción y delito fiscal. Pues bien, la homonimia de la guerra (del Golfo) y del apellido Guerra favorece la construcción de un delirio en el que Julio F. identifica una amenaza que es capaz de describir y explicar con precisión:

Ese horrible secreto de Guerra —por la propia homonimia, por el propio juego de significantes—, esa su implicación, como narcotraficante, en la guerra del Golfo. Y mi decisión: que, si Irak perdía la guerra, como era lo más plausible, Guerra, previo golpe de Estado, acogería en nuestro país a sus compinches, el tirano derrocado y los narcotraficantes venidos de todas las partes del globo como a la tierra de promisión (Fuente, 2017: 33).

Este nuevo núcleo delirante surgió, continúa Fuente,

con el mismo carácter de decisión instantánea que el primero […] a raíz de una percepción preñada de vagas sugerencias, se ordenaron de un modo insólito los elementos y cristalizaron en un producto psíquico nuevo, luminoso y radiante, que golpeó la razón con el peso de la evidencia y empujó la decisión hacia su cumplimiento (Fuente, 2017: 33).

A partir de este momento, todos sus esfuerzos se centrarán en identificar y combatir la amenaza de los narcotraficantes, hombrecillos pilosos y malencarados que estaban llegando a Madrid, para lo que necesitaba un contingente de hombres y mujeres alegres, bellos y desenfadados, todos lacanianos, que de algún modo se habían percatado del peligro y corrían en masa a socorrerle y contrarrestar el peligro (p. 34). Las fuerzas del Mal (narcotraficantes) contra las fuerzas del Bien (lacanianos) librando una batalla (Apocalipsis).

Julio F. tuvo varios ingresos a lo largo de su proceso: estuvo en el Hospital Psiquiátrico de Ávila y en los servicios de psiquiatría del Hospital Clínico y del Hospital de La Princesa en Madrid. Resulta muy interesante el testimonio de la experiencia del internamiento cuando, como en el caso que nos ocupa, el interno es un psiquiatra. Sobre las reglas a seguir en el servicio hospitalario, no se sorprende de que "aquellos individuos que consideraban su estancia allí como resultado de una injusticia, secuestro o malentendido —como era el caso de la mayoría, al menos en sus inicios— mal se podían avenir a la más mínima mediación con la norma de aquella institución que vivían como ajena o radicalmente enemiga" (p. 40). También describe la desolación de la sala de psiquiatría, en la que se podían apreciar "los rostros crepusculares de la locura" (p. 41).

Julio F. permaneció ingresado durante tres semanas; los primeros días estuvo combativo y sarcástico, iracundo e irritable, en espera de que sus compañeros lacanianos le rescataran. Poco a poco, el delirio fue diluyéndose. La forma de contarlo tiene un nivel estético incuestionable:

Ese brusco bautismo en las aguas de la nada tuvo la virtud de arrebatarme de la tiranía del delirio, dejándome a cambio los brotes de la herida de una historia amputada. Aquellas yemas se agostaron rápidamente por el lado del delirio de Guerra y los narcotraficantes —apenas prestaba atención a las noticias de la televisión colectiva —; persistieron o, mejor dicho, se mantuvieron en latencia por el lado del delirio lacaniano [Consolidación] (p. 42).

hundiendo en la blandura de la feliz ignorancia hasta que apareció, en los márgenes de la conciencia, un profundo malestar que, proveniente de lo físico, halló allí su mejor acomodo […] me dieron de alta con una pequeña dosis de haloperidol, que una vez en casa retiré, pues bien sabía que esa era la causa de mis males (p. 43).

Tras unos días en un estado beatífico y levemente eufórico, "me fue venciendo la fatiga y el aburrimiento […] tomé, pues, conciencia de mi locura y con eso caí en la melancolía" (p. 44), quedando anclado en una "tristeza esencial" (Residuo).

Me parece que una de las cosas que resulta más interesante de la narrativa de Julio F. —y del análisis de Pereña— es la lógica interna del proceso delirante, una lógica que no es incompatible con la disidencia que representa. En primer lugar, en el delirio de filiación, Julio, de un modo íntimo y silencioso, va buscando una pertenencia, una familia (la gran familia lacaniana) y un destino que en el fondo tiene un elemento religioso al considerarse el "elegido", el "heredero" de Lacan y de Miller y, por tanto, el sumo pontífice de su "Iglesia". Pero, cuando este delirio —con su componente megalomaniaco— fracasa, el intento es construirse un mundo a su medida en el que inventa una trama persecutoria, con corrupción política incluida, en el que surgen enemigos que combatir, y en el que el propio Julio F. pasa a desempeñar un papel de salvador, siempre dispuesto al sacrificio. Además, y sobre todo, frente a la ignominia de sus adversarios, se presenta a sí mismo como el representante de la moralidad y de la dignidad (Redero, 2017). En términos de Pereña (2017), el delirio teológico se convierte en político.

Julio Fuente murió en 2014 debido a un cáncer de pulmón. Como ya he dicho, contamos con su testimonio gracias a los buenos oficios de Francisco Pereña: su análisis del relato del que fuera su paciente es pormenorizado, riguroso y permite entender cabalmente el papel que el delirio desempeña y la necesidad de no ignorarlo ni

relegarlo. Al igual que Schreber, Julio Fuente se convierte en otro profesor de psicosis, menos célebre que el jurista alemán pero igualmente pedagógico, pues muestra el rigor, el saber y el sufrimiento que un delirio encierra.

Fernando: un interno que narra su delirio

En los archivos clínicos de algunas instituciones psiquiátricas podemos encontrar escritos de internos en los que se puede apreciar también la construcción de un relato delirante. Pequeños textos autobiográficos que nunca llegaron a publicarse y que fueron archivados en el historial clínico del paciente. En una investigación realizada por nuestro grupo en el antiguo Manicomio de Leganés (Villasante et al., 2018), hemos tenido acceso a algunas muestras de este tipo de "literatura psicótica". Es el caso de Fernando, natural de Madrid, soltero y empleado público que ingresó en la Casa de Santa Isabel de Leganés en octubre de 1943. La historia clínica recoge que se trataba de un hombre "afable, bueno y sincero, ferviente católico y de espíritu cristiano". Recuérdese el contexto del país en la época del ingreso; es decir, en plena posguerra civil y en el marco del nuevo Estado nacional-católico que caracterizó la dictadura franquista. No resulta extraño, pues, que la historia clínica recogiera las creencias religiosas de los pacientes. Pero con independencia de su talante amable y religioso, el testimonio autobiográfico que se conserva en su expediente clínico nos remite de nuevo a la construcción de una narrativa del delirio con otros contenidos, pero en términos similares a los casos comentados con anterioridad.

En el verano de 1939, Fernando visitaba a su tío, general del ejército franquista, que veraneaba en un hotel de Chamartín. Al dar un paseo por el jardín encontró un túnel que sirvió de refugio durante la guerra; en ese momento "una de las criadas, que era muy simpática y me quería mucho, me hizo una señal diciéndome que estuviese callado, llevándose un dedo a la boca, me dijo 'chisss', y yo me dije ¡aquí hay algo!" (Villasante et al., 2018: 170). La

sospecha de que algo pasaba en el hotel le produjo una gran inquietud que decidió trasmitirle a su tío, pero al hacerlo,

la chica que sin duda estaba sobre aviso, salió y me volvió a hacer señales de que siguiese callado, yo corté la conversación. A los pocos días le tocaba salir de paseo y yo me enteré, y la esperé y la pregunté: ¡Oiga usted, Victoria!, ¿por qué me ha hecho usted esas señales?, y me dijo: ¡Señorito, porque estamos muy acobardadas, y porque debajo del hotel hay alguien, pero no se lo diga usted a nadie (p. 171).

La idea angustiosa y obsesiva de que había algo o alguien amenazante en el subsuelo del hotel hizo que Fernando intentara encontrar explicaciones a tal situación: "Yo me quedé entonces creyendo que aquello era cosa de espionaje (circunscrito a los hoteles), para enterarse de los secretos de las conversaciones (como mi tío era general)" (p. 171). Pero muy pronto, el delirio fue ampliándose a otros lugares, como los sótanos del Instituto Geográfico Catastral, donde Fernando trabajaba, y en general a otras "oficinas del Estado". Según relata, al contarle sus sospechas a "una señora muy bien relacionada con la aristocracia" que se había encontrado en un café, esta le contestó:

¡Pues no sabe usted lo más gordo! […] debajo de Madrid hay una ciudad subterránea, que tiene su principal centro debajo de la calle Sevilla y de las del Pozo, en las cuales no es que sean túneles, sino que hay galerías, con todo lo que usted quiera, bares, laboratorios con pozo de oro, en fin, ¡una cosa de esas de leyenda! Y me dijo la señora: Lea usted la obra de Fernando Ledowsky (sic.), Hombres, bestias y dioses (sic.), y se podrá dar usted una cuenta de lo que es esta ciudad (p. 171).

El interno se está refiriendo a Ferdynand A. Ossendowski, un

escritor polaco anticomunista autor de Bestias, hombres y dioses, cuya traducción en castellano fue publicada en 1930. Se trata de un libro a medio camino entre la biografía, la literatura de viajes y la crónica de guerra, en el que se describe el reino subterráneo de Agartha, una ciudad secreta donde gobierna el rey del mundo. Desde su creación, probablemente por la escritora, ocultista y teósofa rusa Helena Blavatsky, el mito de Agartha está relacionado con el esoterismo y con la aventura y la existencia de otros mundos (Cranston, 1993). Unos mundos en los que el límite entre la realidad y la ficción mística se diluye, tal como ocurre en Bestias, hombres y dioses y en otros muchos relatos de distintas versiones de esta ciudad secreta y oculta en el subsuelo.

Poco a poco, el interno de Leganés va identificando otros lugares de esa ciudad subterránea. Los cimientos del antiguo palacio de Linares, en la plaza de Cibeles (actualmente la Casa de América), sería una de sus entradas. El palacio ha generado, a lo largo de los años, leyendas que tienen que ver con la presencia de fantasmas en el inmueble (Maceiras, 2009), pero el papel que le otorga Fernando en su construcción delirante es diferente. Asegura que en su interior se realizaron orgías y bacanales con participación de la aristocracia. Los excesos sexuales eran fotografiados por la masonería, que tendría, de esta manera, documentos comprometedores con los que "esclavizar" a los participantes: "en cuanto le sacan una fotografía en esta situación, ya tienen la ficha masónica pornográfica por la que está usted vendido a toda la sociedad" (p. 172). No deja de resultar significativa la identificación de la masonería como el enemigo del que desconfiar, al que temer y del que es preciso defenderse, en una época como la inmediata posguerra española. Téngase en cuenta que el 1 de marzo de 1940 se promulgó la Ley para la Represión de la Masonería y el Comunismo, con la creación de un tribunal especial que fue una de las instancias judiciales más activas de la represión franquista.

El relato de Fernando no es, como es lógico, tan elaborado y rico en matices como el de Schreber o el de Julio Fuente; sin embargo, contiene también enseñanzas. Su alusión, aunque no demasiado precisa, a una supuesta ciudad secreta bajo el suelo de Madrid recoge, como ya he indicado, una tradición literaria reconocible, y la mención a la masonería nos sitúa en un contexto histórico

concreto.

Los tres casos comentados nos muestran aspectos diversos, pero también elementos similares que merece la pena señalar. Pese a las variaciones que podamos encontrar entre los diversos delirios, hay también contenidos comunes a todos ellos como si se tratara de los ingredientes de un delirio único y universal: lo divino y lo originario, la catástrofe y el fin del mundo, la pluralidad de mundos, la animalidad, la redención, el mesianismo, el amor, la desposesión y la imposición, el enemigo, el perjuicio y la persecución, la filiación y el linaje. De tal modo que, si las variaciones les identifican, y a cada delirante le es dado su delirio, también cabe suponer, con Álvarez y Colina (2012), la existencia de una pauta, de un Libro que los unifica, y que hace que, en definitiva, todo el que delira venga a decir de un modo u otro lo mismo.

En todo caso, pienso que los elementos que estamos comentando nos pueden hacer reflexionar sobre la importancia de entender la locura de una manera no esencialista, de considerar al síntoma como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo, teniendo en cuenta no solo el fenómeno en sí, sino su condición contextual variable, que nos remite a símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas.

Capítulo 3

Escribir en el manicomio

Introducción

En los archivos clínicos de no pocos establecimientos psiquiátricos pueden encontrarse, como ya hemos indicado, textos (diarios, cartas, notas diversas) escritos por los internos y las internas que contrastan con otros, los de los psiquiatras que etiquetan y diagnostican con pretendida objetividad científica. Esta pluralidad de relatos pone en evidencia lo que Andrés Ríos (2004: 23) ha denominado "polifonía de los expedientes clínicos", pues son varias las voces (no necesariamente alucinatorias) que se entrecruzan en el manicomio, aunque unas resuenen más que otras. No en vano ese espacio institucional lo es de poder y normativización (Huertas, 2008).

De todo este material destacan las cartas escritas por las y los pacientes que, por diversos motivos, nunca llegaron a su destino y fueron archivadas junto a su expediente clínico. Esta acción archivística formaría parte de la necesidad de mantener un registro continuo de lo acontecido (Foucault, 1969), como un elemento más del entramado burocrático-administrativo que garantice la vigilancia y el disciplinamiento de la población manicomial.

Precisamente, por haber permanecido custodiada junto a las historias clínicas, hemos podido tener acceso a esta literatura epistolar que expresa, de manera más contundente y descarnada que cualquier informe técnico, el funcionamiento y la vida cotidiana de los establecimientos psiquiátricos. Desde los pioneros trabajos de Barfoot y Beveridge (1990), la bibliografía al respecto ha ido en aumento mostrando la variedad de enfoques con los que se puede abordar este tipo de fuentes (Beveridge, 1998; Reaume, 2000; Wadi, 2005; Huertas, 2013; Wadi, Ordorika y Golcman, 2019), además del interés intrínseco de la propia recuperación y recopilación de dichos escritos como, por ejemplo, las cartas de los internos de la Casa de Orates de Santiago de Chile (Lavín, 2003) o las del antiguo Manicomio de Leganés, próximo a Madrid, que ha sido objeto de recientes estudios por nuestra parte (Villasante et al., 2016; Villasante et al., 2018).

Los escritos de las locas y los locos se convierten así en un objeto de estudio privilegiado que tiene un amplio abanico de posibilidades. Como ya hemos visto, desde el punto de vista psicopatológico dichos escritos pueden entenderse desde la perspectiva del síntoma o desde la metáfora de la lectura (Rigolí, 2001), pero también como la propia esencia de la psicosis o como esfuerzo autorreparador que forma parte del propio proceso terapéutico (Colina, 2008). Además del escenario psicopatológico, el puramente emocional resulta especialmente fructífero en aquellos estudios que se han centrado en la vivencia subjetiva del sufrimiento psíquico o en la experiencia del internamiento, lo que nos llevaría a marcos teóricos y metodológicos que deben incluir obligatoriamente lo que se ha dado en llamar, tal como explicábamos en el primer capítulo, la historia de la medicina (Porter, 1985) o de la psiquiatría (Huertas, 2013) desde el punto de vista del paciente.

Sin renunciar a este último enfoque, tampoco podemos olvidar el que nos proporciona la perspectiva de los estudios sobre "cultura escrita", que nos dan la posibilidad de equiparar la escritura practicada en el interior del manicomio con la identificada en otros espacios de reclusión (cárceles, campos de concentración, etc.) (Castillo y Sierra, 2005; Sierra, 2016), si bien con la variable de estar marcada por el trastorno psicopatológico o por su sospecha.

Estrechamente ligado a esta cultura escrita, además de las cartas, diarios, etc., debemos tener en cuenta también las revistas, periódicos, boletines, etc., elaborados por las personas ingresadas en los establecimientos psiquiátricos. Un material escasamente explorado que ofrece claves sobre el funcionamiento de las instituciones, sobre la vida cotidiana en su interior y sobre las experiencias de sus habitantes, y que viene a completar la producción escrita que nos proponemos analizar a continuación.

Control y censura

El control de la correspondencia de las personas ingresadas en una institución con un diagnóstico psiquiátrico, con lo que eso suponía de injerencia en su intimidad, ha sido práctica habitual desde épocas tempranas y se puede documentar en numerosos países (Basaglia y Basaglia, 1969; Beveridge, 1997; Marchand y Mignot, 1949; Villasante, 2018).

Desde legislaciones específicas, como la Scottish Lunacy Act de 1866 que autorizaba a los médicos a abrir las cartas de los pacientes y no enviarlas si consideraban su contenido inadecuado, hasta Reglamentos internos como, por ejemplo, el del Manicomio de La Castañeda en México, inaugurado en 1910 (Sacristán, 2010), en el que se indicaba expresamente la estricta prohibición de enviar cartas, escritos u oficios sin consentimiento previo "del médico del pabellón en que estén asilados y previo visto bueno de la dirección" (Manicomio General…, 1913). En España, según el exhaustivo trabajo de Olga Villasante (2018), no ha existido ninguna legislación al respecto, pero algunos reglamentos de establecimientos psiquiátricos sí contemplaban el control de la correspondencia de los pacientes; así, el Reglamento orgánico del Manicomio de Nueva Belén (Barcelona), vigente durante las primeras décadas del siglo XX, especificaba en su artículo 41:

> Cuando el estado mental de los pensionistas lo consiente, se les permite mantener correspondencia escrita con sus parientes y amigos. En determinadas ocasiones las cartas de los interesados constituyen un recurso moral precioso, que la Dirección médica utiliza poniéndose de acuerdo con aquellos, por lo cual es, en general, conveniente que estos consulten al Médico-Director acerca del sentido en que debe estar concebida la mentada correspondencia (Giné y Partagás, 1874: 31).

Dicho artículo del reglamento de Nueva Belén no deja lugar a dudas sobre la regulación de la correspondencia de los internos, la necesaria autorización del médico y la posibilidad de que este retuviera las cartas de los internos. En el Manicomio de Leganés, próximo a Madrid, puede decirse que el control de la correspondencia fue una norma no escrita que se aplicó de manera reiterada. Ramiro Llera y Téllez, administrador de la institución durante el primer tercio del siglo XX, explicaba en El Heraldo de Madrid en 1929 que "la administración suele vigilar las cartas que escriben para saber si es o no prudente darles curso; ocurre a veces que algunas no son más que un disparatado cúmulo de barbaridades y, en este caso, naturalmente, no van a su destino" (Montero, 1929: 8).

A falta de una legislación nacional, otras instituciones sí contemplaron la autorización para retener las cartas en sus reglamentos como el establecimiento psiquiátrico de Jaén. En los años 1930, coincidiendo con un periodo de reforma (Gutiérrez Aguilera, 1978; Hernández Padilla, 2009), se editó el Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén, en cuyo artículo 26 se explicitaba ese control del médico sobre las cartas escritas por los pacientes: "La correspondencia entre los enfermos y sus familiares se cursará con diligencia y no será intervenida por nadie, a excepción del médico…" (Manicomio Provincial…, 1936). Un control que se ha prolongado, al menos hasta los años 1980, según denunciaba González Duro (1987: 30) al describir la incomunicación de los pacientes con el exterior: "no podían hablar libremente por teléfono y se les censuraban las cartas".

Es sabido, sin embargo, que en las viejas instituciones psiquiátricas los médicos estaban ausentes durante gran parte del tiempo, y que el control y la vigilancia de los internos recaía sobre un personal, en general, escasamente profesionalizado y rudo, según reflejaba el renombrado artículo de denuncia de Rodríguez Lafora (1916) en el periódico España (Villasante, 2011). En el marco de la reforma psiquiátrica iniciada durante la Segunda República española (Huertas, 1998) tuvo lugar un tímido proceso de profesionalización de la enfermería psiquiátrica, creándose un diploma de enfermero

psiquiátrico (Villasante, 2013). En La asistencia al enfermo mental de Luis Valenciano Gayá (1905-1985), el libro más influyente de ese periodo para la enfermería psiquiátrica (Duro Sánchez y Villasante, 2016), se dedicaba un apartado específico a la "vigilancia de la correspondencia" en el que se insistía que "Por ninguna razón ni ante ninguna oferta se trasladarán al exterior cartas de los enfermos, ni viceversa. El mismo enfermero no está autorizado para abrir estas cartas; pero si llegan a sus manos debe entregarlas al médico para que ejerza un control sobre ellas" (Valenciano, 1933: 76). Las razones para tal actuación eran resumidas en estos tres puntos:

El médico puede obtener de ellas datos de interés para la aclaración de la enfermedad.

Pueden perjudicar al propio enfermo que, por su enfermedad, escribe cosas que tal vez le originan un perjuicio. Por otro lado, cartas que vengan del exterior obran en ocasiones muy desfavorablemente sobre el estado del paciente.

Pueden perjudicar a otras personas por las falsedades que el paciente escribe llevado de sus ideas anormales (Valenciano, 1933: 76-77).

Una actitud un tanto paternalista permitía al enfermero "escribir cartas al dictado, especificando quién la escribe", pero obligaba a un control sobre ellas. De hecho prevenía sobre el modo en que los pacientes intentaban burlar la vigilancia sobre las cartas y podían "arrojarlas por la tapia o por la ventana, enviarlas envueltas entre la ropa sucia, paquetes, etc., entregarlas disimuladamente a visitantes" (Valenciano, 1933: 76-77).

En la década de los años treinta, los diferentes textos para enfermeros españoles fueron explícitos en la conducta a seguir ante la correspondencia. Domingo Simó, subdirector del Manicomio de Valencia, señalaba en su Prontuario del enfermero psiquiátrico que las cartas de los locos debían entregarse al médico para que este

conociera tanto lo escrito por el paciente como la información que este recibía del exterior. En el apartado sobre la conducta y actividad general del enfermero para con los internos, además de algunas características como la honradez o la bondad del cuidador, se afirmaba:

Cartas: El comportamiento correcto del enfermero psiquiátrico consiste en entregarlas al médico, tanto las que reciba de los familiares como las que escriban éstos; pues aparte de que a ello le obliga la discreción, pueden éstas contener frases cuya importancia médico-psiquiátrica pudiera pasarle desapercibida. Además, así facilitará el curso y contestación adecuada de las mismas (Domingo Simó, 1936: 6-7).

De este modo se controlaba la información que podría fluir en ambas direcciones. No resulta difícil imaginar que los responsables trataran de evitar que ciertas denuncias sobre las condiciones de habitabilidad o el trato dispensado a los pacientes pudieran ser conocidas por los familiares o, incluso, por la opinión pública.

Esta censura, cuyo objetivo era evitar el desprestigio de la institución, se hace muy evidente en el Manual de la enfermera general y psiquiátrica de José Salas Martínez, en aquel momento subdirector del Manicomio de mujeres de Ciempozuelos, cuyo texto expresa, de manera similar a los citados anteriormente, que “todas las cartas escritas por las enfermas a sus familiares o por éstos a aquellas deben ser controladas por la enfermera o los médicos”, apresurándose a indicar que “las cartas de las enfermas que contengan falsedades que puedan perjudicar al establecimiento no deben enviarse” (Salas Martínez, 1935: 274). Parece evidente que, tras el argumento paternalista del cuidado o protección al “enfermo” mental, existía una censura sobre los contenidos de las cartas y un intento de acallar las voces de los pacientes, no solo por los dislates delirantes que pudieran contener, sino por la denuncia de las condiciones de vida en el interior de los establecimientos (Villasante, 2018; Villasante y Huertas, 2019).

El control y censura de la correspondencia de las personas ingresadas en instituciones psiquiátricas, que dio lugar a que muchas de las cartas jamás llegaran a su destino, ha permitido que tales escritos se hayan convertido, como ya hemos indicado, en fuentes históricas de extraordinario valor para una historia de la locura "desde abajo".

Un buen número de investigaciones que han estudiado los expedientes clínicos de instituciones psiquiátricas se han encontrado con cartas de pacientes que no llegaron a enviarse. Uno de los primeros y más emblemáticos trabajos en este sentido es el realizado por Michael Barfoot y Allan Beveridge (1990) en el Royal Edinburgh Asylum, que analiza numerosas cartas escritas por el poeta y dramaturgo escocés John Home, internado entre 1886 y 1887. En trabajos posteriores, Beveridge (1997, 1998) utilizó las más de mil cartas archivadas junto a las historias clínicas de dicha institución para desgranar sus características y funcionamiento. Se trata de una línea de trabajo que, con variantes, ha sido desarrollada por varios autores como, entre otros, Geoffrey Reaume (2000) con fuentes procedentes del Hospital Psiquiátrico de Toronto, o Andrés Ríos (2004) en el Manicomio de La Castañeda.

Por nuestra parte, las investigaciones históricas sobre la Casa de Santa Isabel de Leganés —el Manicomio de Leganés— desarrolladas en el marco del llamado "Programa Leganés" nos ha permitido acceder a este tipo de fuentes. Este establecimiento ha sido objeto de diversos estudios que han puesto de manifiesto tanto su funcionamiento institucional como las características de la población manicomial y los aspectos más relevantes de la práctica clínica desarrollada en el establecimiento. Investigaciones que han dado lugar a tesis doctorales (Mollejo, 2002; Vázquez de la Torre, 2012; Conseglieri, 2013a; Candela, 2018; Tierno, 2019) y a un número importante de trabajos monográficos (Delgado, 1986; Villasante, 2003). Aportaciones que han identificado las características socio-demográficas de la población manicomial (Tierno, 2008) o la evolución de los diagnósticos (Vázquez de la Torre, 2008) y los tratamientos (Conseglieri, 2008) lo largo de la historia de la institución. En el transcurso de dichas investigaciones se encontraron escritos de pacientes en un porcentaje alrededor del 2% en las más de dos mil historias clínicas abiertas entre 1900 y

1950. A pesar de esta escasa proporción, se consiguieron reunir más de un centenar de cartas, lo que constituye un corpus documental que ha sido estudiado parcialmente (Huertas, 2016; Villasante et al., 2016) y recopilado y transcrito en Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel (Villasante et al., 2018). En este libro se optó por reproducir tal cual los textos escritos por las internas y los internos, pues nuestro objetivo era dar voz a los que nunca la habían tenido. Era una manera de ser fieles a su subjetividad y a su manera de expresarla sin filtros ni interpretaciones por nuestra parte. En esta ocasión, sin embargo, y dados los objetivos del presente ensayo, utilizaremos los contenidos de algunas de estas cartas para analizar el significado de esta forma específica de escritura cautiva.

El manicomio: un lugar paradójico

Los manicomios han sido definidos de maneras muy diversas: instituciones terapéuticas, asistenciales, tutelares, espacios de control social, laboratorios sociales, etc. (Campos y Huertas, 2008). El concepto de institución total aplicado a los asilos para locos —aunque también a las prisiones, conventos y otros espacios cerrados— llegó a ejercer una gran influencia en la historia y la sociología de la locura desde la década de los sesenta del siglo XX. Erving Goffman definió una institución total como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1961: 9). El manicomio es un lugar, un sitio físico donde se ejerce un determinado poder, pero es un espacio diferente; uno de esos "otros lugares" o "espacios otros" (espaces autres) que Foucault denominó heterotopías (Foucault, 1984). Todas las sociedades construyen sus heterotopías, lugares privilegiados o sagrados, pero también lugares prohibidos o inquietantes, espacios donde, además, el tiempo transcurre de otra manera: los museos y las bibliotecas, el teatro y el cine son considerados heterotopías culturales o lúdicas, los cementerios pueden ser otro ejemplo elocuente de ese "otro lugar", pero aquí nos interesa especialmente lo que Foucault llama heterotopías de crisis y de desviación. Son, como el manicomio o la prisión, espacios paralelos, liminales o fronterizos que contienen cuerpos indeseables. Son espacios de regulación social cuya función es excluir o hacer invisible para la mayoría cualquier comportamiento que no encaje en unos parámetros de normalidad previamente definidos. En definitiva, son contra-espacios que existen para hacer posible el espacio utópico —o pretendidamente utópico— representado en el orden social y el pensamiento hegemónico (Toro-Zambrano, 2017).

Este concepto foucaultiano de heterotopía ha influido mucho en

ámbitos de la geografía humana (Dehaene y De Cauter, 2008) y otras ciencias sociales —véase, por ejemplo, la web Heterotopian Studies: www.heterotopiastudies.com)—, aunque su recorrido ha sido mucho más limitado en las reflexiones históricas sobre la locura. En todo caso, la referencia era obligada para introducir lo que intentaremos argumentar a continuación y que tiene que ver no tanto con la situación del manicomio en relación con la ciudad o con la sociedad y el resto de sus lugares, sino con la percepción subjetiva de las personas que se encuentran en el interior de un espacio cerrado del que quieren salir. Las cartas escritas por esas personas sometidas a encierro manicomial son una fuente privilegiada para valorar esta cuestión.

Si la escritura es el lenguaje del ausente, según explicaba Freud ([1930] 1970: 34) en El malestar en la cultura, si "una carta de amor no es amor sino el informe de una ausencia", en el sentir poético de Mario Benedetti (2009: 404), el que da forma a esa ausencia, el que la sufre, el que duda, el que teme el desamor, es el que anhela respuesta, el que espera. Esta emoción ansiosa de la espera, que Roland Barthes (1977) relaciona con los epistolarios amorosos, aparece implícita en prácticamente todas las expresiones escritas de los pacientes manicomiales. Una espera que puede prolongarse durante años de aislamiento supuestamente terapéutico en un espacio de exclusión que supone una suerte de paratopía, concepto procedente de los estudios literarios (Maingueneau, 2004) y que ha sido aplicado con éxito a otros ámbitos de la cultura escrita como la generada en instituciones carcelarias (Gándara, 2005) o manicomiales (Huertas, 2016). Una paratopía no es sino una ubicación paradójica, un lugar que el sujeto no siente como propio, al que no le vincula ningún sentimiento de pertenencia, un lugar "imposible" en el que no debe ni tiene por qué estar. Esta impresión paratópica puede rastrearse en buena parte de los escritos de los y las pacientes de Leganés: "este no es mi sitio"; "yo no tendría que estar aquí"; "me dijiste que saldría de esta casa"; "sácame pronto"; "no puedo seguir aquí ni un día más"; "a ver si vienes a buscarme que yo no puedo estar aquí"; "usted habrá observado que yo no estoy loca".

En íntima relación con este concepto de paratopía, el manicomio puede aparecer como un no-lugar (Augé, 1992). Es evidente que un

manicomio tiene poco que ver con una autopista, un aeropuerto, una estación de ferrocarril o, incluso, una habitación de hotel, que son los ejemplos de no-lugar que con más frecuencia se apuntan. Cuando hablamos del manicomio como un no-lugar lo hacemos desde un punto de vista simbólico y en cierto modo provocador. En todo caso, no parece desencaminado identificar el asilo como un espacio de no pertenencia, de tránsito —pues los pacientes esperan, nueva paradoja, salir de él enseguida—, como un recinto en el que a ese sentimiento de no pertenencia se le añade la negación de la identidad, el lenguaje no compartido, la soledad, el silencio y, en suma, la alienación (Huertas, 2016).

El dilema sobre si el manicomio debe ser considerado un lugar o un no-lugar puede resultar interesante pero solo si lo relacionamos con los usos y significados que el establecimiento tenga para las personas internadas; en definitiva, nuestro análisis en un sentido o en otro dependerá de la información que nos ofrezcan las fuentes que en cada momento se estudien. Así, por ejemplo, los escritos encontrados en el Manicomio de Leganés denotan la mencionada sensación de paratopía y la posibilidad de considerar, en cierto sentido, la institución como un no-lugar. Otras fuentes han permitido averiguar que algunos internos llegaron a encontrar en las instituciones psiquiátricas “un lugar para sí mismas” (Wadi, Ordorika y Golcman, 2019: 184). La escritora brasileña Maura Lopes Cançado escribió un diario en 1965 con el título Hospício é Deus durante su ingreso en el Hospital Gustavo Riedel de Río de Janeiro cuyos contenidos oscilan entre una visión romántica de la institución, a la que describe como una ciudad triste de uniformes azules y batas blancas, hasta definirlo como un lugar donde encontraba comprensión y podía escribir sin la presión que tenía cuando trabajó en el suplemento literario del Jornal do Brasil (Wadi, 2017). La idea del manicomio como lugar de refugio y tranquilidad es expuesta por la propia autora al explicar los motivos de su ingreso voluntario: “Yo vine sola. Lo que me trajo fue la necesidad de huir a algún lugar, aparentemente fuera del mundo […] sobre todo quería estar sola” (Cançado, 1991; Wadi, 2017: 2). En un sentido similar, la investigadora mexicana Cristina Sacristán ha insistido en los múltiples significados que el hospital psiquiátrico puede tener para las personas institucionalizadas. Existen, en efecto, casos en los que los internos afirman haber ingresado por voluntad

propia hallando allí el remedio a sus males, otros relataron que acabaron adaptándose a una institución que al principio les pareció un infierno y, finalmente, otros rogaron no ser dados de alta por considerar que estarían peor fuera y terminaron quedándose y trabajando en la institución (Sacristán, 2009: 181).

Existen notables estudios de caso que han analizado narrativas que permiten identificar una adaptación de los pacientes a la vida manicomial hasta el punto de considerarlo su hogar (Wadi, 2010; Ríos, 2010). Si tal circunstancia fue consecuencia de un proceso de domesticación, de acomodación o de incapacidad para salir del manicomio, poco importa a la hora de entender que la institución acabó siendo para algunos un verdadero lugar de supervivencia y refugio.

En todo caso, el mencionado dilema sobre si el manicomio es un lugar o un no-lugar es, probablemente, un debate estéril. El propio Marc Augé afirma: “El lugar y el no-lugar son más bien polaridades falsas: el primero no queda nunca totalmente borrado y el segundo no se cumple nunca totalmente” (Augé, [1992] 2017: 84). Pero lo que sí me parece relevante es que la reflexión sobre los lugares, los otros lugares o los no lugares nos sirve para profundizar en la perspectiva del sujeto, en que un lugar será o no será en función de lo que la persona que lo habite sienta y experimente, y donde la configuración espacio-tiempo-persona desempeñará un papel fundamental (Ramoneda y Sánchez, 2012).

Tampoco podemos olvidar, en este mismo sentido, que los manicomios son sitios fuertemente simbolizados por las colectividades. Representan una amenaza, pues alberga en su interior lo “socialmente irresistible e inaceptable”, y una garantía de mantenimiento del orden y la norma. Además, en estrecha relación con esto, se puede decir que en torno al manicomio se definen identidades y, más concretamente, identidades por oposición: el cuerdo es el que está fuera de la institución y el loco el que permanece en su interior. Pero a su vez, los que están dentro, en general, comparten la misma relación de no pertenencia, de no identificación con el rol que se les atribuye, lo que hace que, al final, salvo algunas excepciones, el manicomio se convierta en “el lugar de nadie” (Sedkowski, 2019: 64).

En nuestras fuentes, las del Manicomio de Leganés, la perspectiva de los internos, al menos de los que escribieron sus experiencias y sus percepciones, se inclina claramente hacia vivencias paratópicas, de no pertenencia, de indefensión, de negación de su condición de psiquiatrizados y de deseos de salir cuanto antes de la institución, de ser rescatados.

La escritura como recurso

Con independencia de las reflexiones teóricas, más o menos posmodernas, que puedan hacerse, lo cierto es que los escritos encontrados junto a las historias clínicas en los hospitales psiquiátricos denotan una realidad empírica: la necesidad que muchos pacientes tuvieron de poner por escrito sus vivencias y sus sentimientos. Las motivaciones para escribir en el interior del manicomio fueron diversas: proponer una "verdad" propia, denunciar abusos, narrar experiencias y sufrimientos, buscar la propia identidad, etc. (Villasante et al., 2018). Un arduo esfuerzo, realizado en unas condiciones de comunicación muy difíciles, en las que incluso personas con un escaso nivel de instrucción fueron capaces de elaborar un discurso escrito. Aun así, en nuestra investigación sobre el Manicomio Nacional de Leganés, cuya acotación cronológica fue la primera mitad del siglo pasado, la mayor parte de los textos proceden de pacientes "pensionistas" o "de pago", con mayores recursos económicos y culturales. No olvidemos el alto índice de analfabetismo de las clases populares en la España de finales del siglo XIX y primeras décadas del XX (Vilanova Ribas y Moreno Juliá, 1992).

Existen testimonios de las dificultades de los internos para conseguir material de escritura: "aquí no tengo nada para que pueda escribir con facilidad, aunque lo pida" o "mucho mejor sería que nos entendiéramos por telégrafo porque aquí no tengo nada para que pueda escribir fácilmente". Esta situación puede explicar la variedad de soportes físicos en los que pueden encontrarse las misivas, pues aunque algunas están escritas en "papel de carta", esto es, en cuartillas específicas para enviar por correo postal, en otras ocasiones se utilizaron hojas arrancadas de cuadernos escolares; pero también papel de estraza, de envolver tabaco o incluso papel de periódico, como el caso curioso de un oficial de telégrafos e ingeniero de 25 años que ingresó en 1916 y escribía en los espacios libres de Electrician and Mechanic (revista

estadounidense que se publicó entre 1890 y 1914, cuando se fusionó con Modern Electrics para convertirse en Modern Electrics & Mechanics). La revista le era facilitada al interno por sus padres y cabe pensar que no solo escribía en sus márgenes, sino que la leía con asiduidad (Villasante et al., 2016).

Solo algunas cartas, sobre todo en el periodo comprendido entre 1911 y 1929, siendo director facultativo del establecimiento el Dr. José Salas y Vaca (Villasante y Candela, 2014), están escritas en papel con membrete del "Manicomio de Santa Isabel en Leganés". Al modo de Joseph Rogues de Fursac (1905) en Les dessins et les écrits dans les maladies nerveuses et mentales, el médico de Leganés expresaba:

[E]l diagnóstico pocas veces sale completo de un interrogatorio por bien dirigido que se lleve; en cambio, estudiando los escritos de estos enfermos, abundantes siempre y de ordinario ampulosos, se encuentra más bien la falsa interpretación de sus concepciones delirantes […]; dad cuartillas y pluma a cualquiera de estos sujetos y el aislamiento de su casa o el silencio de su celda les hará, a unos más y a otros menos, trasladar al papel alguna idea delirante o punto de partida (Salas y Vaca, 1920: 44).

Se recoge así una amplia tradición, presente ya en el primer alienismo, en el que este tipo de escritos adquieren un gran valor semiológico (Huertas, 2014). Sin embargo, si exceptuamos la época en la que Salas y Vaca estuvo al frente del establecimiento (Candela y Villasante, 2013), lo cierto es que, al contrario de lo que ocurrió en otros establecimientos psiquiátricos durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX (Rigolí, 2001), no tenemos constancia alguna de que otros médicos del Manicomio de Leganés animaran a los pacientes a escribir, ni de que utilizaran dicha escritura como recurso clínico con fines diagnósticos o terapéuticos.

En cuanto a los destinatarios, la mayoría de las cartas están dirigidas a los familiares más próximos (hermanos, cónyuges, hijos o padres), aunque también a otros, como primos, tíos, etc. Téngase

en cuenta que la mayoría de los ingresos se realizaban a instancias de un miembro de la familia que convivía con el paciente y que las dificultades de convivencia eran cruciales a la hora de determinar la hospitalización. De ahí que, con frecuencia, como veremos más adelante, los pacientes escriban a sus familiares reprochándoles que hayan propiciado su reclusión o rogándoles, cuando no exigiéndoles, que les libren de su encierro. La influencia de las familias en los internamientos de pacientes, o los ingresos "a instancias de terceros", fue práctica habitual en los asilos decimonónicos (Prestwich, 1994; Moro y Villasante, 2001), incluso con la opinión en contra de médicos y administradores (Grob, 1994: 260-281).

En Leganés, la situación debió ser muy evidente a juzgar por la carta que una paciente escribe nada menos que al gobernador civil de Madrid explicando que: "Los médicos no cumplen su deber de observar quién está bien y darle salida, sino que lo dejan al capricho de las familias que si quieren tener aquí metida una persona, la tienen aquí años y años aunque no esté demente".

Las cartas dirigidas a instancias superiores, como la anterior al gobernador civil, u otras a la Junta General de Beneficencia o al juzgado, no son muchas, pero sí muy significativas. Los Juzgados de Getafe, localidad próxima a Leganés, fueron los encargados de recoger la información de los ingresos y el parte semestral de continuación del ingreso de acuerdo con lo estipulado en el Decreto de 3 de julio de 1931 (Vázquez de la Torre, 2013), siendo precisamente a partir de ese momento cuando algunos internos se atrevieron a pedir amparo a las autoridades judiciales. Otra muestra de la variedad de los destinatarios de la correspondencia es la extensa carta que una paciente remitió en 1901 a Rafael Ginard de los Ríos —nombre que confunde con Rafael Ginard de la Rosa, director de El País desde 1891—, en un intento de trasladar a la opinión pública la realidad del manicomio y que, de algún modo, coincide con dinámicas similares ocurridas en otras instituciones, entre las que recordaremos los dibujos y mensajes que una paciente mexicana ingresada en La Castañeda envió al jefe del departamento de caricaturas de El Universal (Ríos, 2009: 137). Digamos, finalmente, que un número significativo de cartas fueron dirigidas a los médicos o responsables de la institución, cuyos contenidos

tienen que ver, como veremos a continuación, con su propia identidad como enfermos mentales.

Negociaciones y resistencias

Las cartas estudiadas suelen iniciarse con fórmulas codificadas, epistolares, para pasar de inmediato a adoptar en sus contenidos argumentos de súplica, negociación o resistencia que reflejan casi invariablemente la indefensión de los pacientes, lo que, de un modo u otro, convierte a la escritura de la mayoría de estas cartas en una especie de ritual de subordinación.

Son pocos los internos que aceptan que padecen un trastorno mental, pero su manera de expresarlo hace pensar en un intento de negociación con el objetivo último de salir del manicomio. Unas veces la contraparte de dicha negociación será el médico: "estos datos creo que serán suficientes para que usted diagnostique mi estado y me imponga el régimen curativo que convenga", mientras que en otras ocasiones será la familia: "en mi alma sé que soy un loco y que me he portado mal con vosotros […] si me pudieras perdonar".

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, los textos denotan la incomodidad de quien los escribe, pero también el reproche, la necesidad de declarar su sensación de extrañeza, su desconfianza y su resistencia ante la situación que les está tocando vivir. A veces con manifestaciones muy claras, bien asumiendo un papel de víctima: "¿qué mal he hecho yo a usted para que así me mortifique?, "¿qué especie de tenacidad es esa de dejarme a merced de mis enemigos", "parece que se divierten a mi costa", "la justicia no me oye"; bien revolviéndose contra los responsables de sus desventuras recurriendo a amenazas y a deseos de venganza:

La justicia es la que debe juzgar y no las pasiones, y que por mucho que sea el odio que me tienes debes posponerlo a la necesidad de cumplir tu oferta de sacarme de esta casa de Santa Isabel, donde me han herido como sabes, donde me agitan diariamente y donde no sé

si podrán conmigo […] Mira que después mis descargos serán contigo; mira que no me paso a tu bando conspirador, y tendré una seguridad de vencerte y de hacerte más desgraciado que yo (Villasante et al., 2018: 47).

Ante este tipo de manifestaciones, puede quedar la duda de si escritos como los que estamos comentando son producto de un delirio paranoico o no. Sin más elementos de juicio que los proporcionados por las fuentes, siempre puede quedar la duda sobre la "verdad" propuesta por el sujeto. La psiquiatría define el delirio paranoico como sistematizado, coherente, sin deterioro psíquico y con claridad y orden de conciencia, de pensamiento y de conducta. Por eso, en este tipo de manifestaciones siempre puede quedar la duda sobre la "verdad" propuesta por el sujeto. En una época en la que está demostrada la existencia de ingresos arbitrarios, algunos muy célebres como el caso de Juana Sagrera (Cuñat, 2007; Huertas y Novella, 2011) o el de Vega Armentero (Fernández, 2001), no tenemos más remedio que aceptar un margen de incertidumbre al analizar las múltiples expresiones que niegan el trastorno mental, que denuncian el encierro o que reclaman con desesperación un mejor trato.

A veces la protesta llega a unos niveles de desesperación extrema que hacen desear la muerte: "desde hace tres meses vienes así haciendo que mi espíritu esté muerto y desilusionado de todo. Si te da la gana de venir, vienes, pues digas lo que digas, yo sé que sales casi todos los días, yo saldré de aquí para el cementerio"; "estoy harto de esta horrible prisión y si no recupero pronto mi libertad y mi casa, me mataré". El suicidio apenas aparece como causa de muerte en los registros o en las historias clínicas, aunque, como vemos, sí puede leerse en varias cartas como amenaza, y siempre en relación con la sensación paratópica apuntada y con las ansias de salir de la institución.

Tampoco podemos olvidar que los escritos analizados reflejan la vida cotidiana en el interior del manicomio. La historia de la vida cotidiana constituye un acercamiento historiográfico que tiene en cuenta el modo de vida de los individuos, tanto las condiciones materiales de su existencia como su cotidianidad, lo íntimo, la

sensibilidad, la sociabilidad, los afectos, etc.; una historia cultural que va más allá e intenta responder a otras preguntas que las planteadas por la historia de grandes acontecimientos. El gran impacto de estos enfoques a partir de trabajos pioneros y nucleares como los de Ariès y Duby (1985), por citar un ejemplo suficientemente significativo, llegó también al ámbito de la historia de la psiquiatría, con trabajos que han puesto su punto de mira en las condiciones de vida en el asilo (Beveridge, 1998; Reaume, 2000; Rivera Garza, 2001; Villasante, 2008). Obviamente, la historia de la vida cotidiana requiere el estudio de fuentes no oficiales y, en nuestro caso, las cartas objeto de esta investigación nos ofrecen claves imprescindibles para reproducir la vida en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Las quejas constantes como: "[estoy] mal instalado en una habitación húmeda y fría"; "estoy sola a oscuras, esto está muy mal dispuesto"; "no hay agua"; no puedo con las comidas que me dan"; "huele muy mal"; "Estoy materialmente desnudo y cubierto de andrajos"; "me tienen entre locos, desnuda, hasta sin camisa", vienen a coincidir con la información obtenida de otras fuentes "oficiales" por las que sabemos que el manicomio tuvo problemas de abastecimiento de agua y de alimentos, deficiencias de infraestructuras y alcantarillado, etc. (Villasante et al., 2018).

Finalmente, otro tipo de estrategia narrativa es la que reivindica la cordura. La del paciente que, negando la mayor, exige su puesta en libertad inmediata. En estos casos, la mayoría de las cartas están, como es lógico, dirigidas a los médicos y otros responsables de la institución y contienen desde breves comentarios: "se nos acusa de trastornados, de dementes, y es milagroso que no perdamos la razón", "un cuñado mío sigue empeñado en que estoy demente"; hasta solicitudes más argumentadas, como la de un interno diagnosticado de demencia precoz que, en una carta dirigida al director del establecimiento, refería: "han transcurrido 15 meses desde que ingresé en este establecimiento durante los cuales no se habrá observado nada anormal en mí… espero atienda mi pretensión de darme salida pronto […] no hay ningún motivo para mi reclusión".

Manifestaciones, en suma, de resistencia y negociación se repiten a lo largo de las cartas estudiadas y que, con seguridad, pueden encontrarse en otros establecimientos y en otros contextos.

Editar en el manicomio

Los periódicos escritos y editados en el interior de los manicomios han sido tradicionalmente considerados subproductos institucionales con un interés, como mucho, en el ámbito de la laborterapia. Sin embargo, este tipo de publicaciones (revistas, fanzines, murales impresos, hojas escritas a mano o impresas, etc.) constituyen una fuente histórica importante, aunque poco explorada, en la que poder recabar información sobre aspectos muy variados de las instituciones, de la vida cotidiana en las mismas o de la propia experiencia de los internos (Martínez Azumendi, 2016). Fuentes que deben tratarse con cautela y han de ser contrastadas con otras, pues, aunque en algunos casos los pacientes pudieron tener más iniciativa, en general cabe pensar que la mayoría de las veces debieron ser actividades tuteladas y sujetas a la censura de los responsables de la institución, cuando no a la propia autocensura de los propios pacientes-redactores.

Este tipo de publicaciones tienen una larga tradición. La primera publicación de dichas características data de 1837, se tituló Retreat Gazette y su principal impulsor fue el editor Barbour Badger, que en aquel momento estaba ingresado en el Hartford Retreat for the Insane, en Connecticut, uno de los establecimientos estadounidenses pioneros en el tratamiento moral (Clouette y Deslandes, 1997). Esta gaceta apareció tan solo tres años más tarde que la que se considera la primera revista psiquiátrica en lengua inglesa (Shepherd, 1992), The American Journal of Insanity, por lo que podemos afirmar que ambos productos —las revistas profesionales y las elaboradas por los pacientes— surgen de manera casi simultánea. Es evidente que el futuro y la consideración de unas y otras han sido muy diferentes.

En España se están empezando a trabajar estas fuentes gracias a la iniciativa de Óscar Martínez Azumendi, quien ha propuesto una clasificación de las mismas, describiendo una serie de etapas y analizando su evolución conceptual a lo largo de los siglos XIX y XX (Martínez Azumendi, 2016). Es, sin embargo, tras la Segunda

Guerra Mundial cuando pueden identificarse publicaciones que, además de una función terapéutica, comienzan a desempeñar un papel en los intentos de transformación institucional. Tomando como referentes las experiencias que, en este sentido, desarrollaron la psicoterapia institucional francesa o la orientación anti-institucional italiana, diversos establecimientos psiquiátricos españoles pusieron en marcha, en la época del tardofranquismo y la transición democrática (la década de los setenta, fundamentalmente), proyectos de edición de revistas "manicomiales", que deben entenderse en el marco del cambio sociocultural y político que se estaba viviendo en el país (Huertas, 2019). Veamos a continuación qué papel desempeñaron algunas de estas publicaciones en estos procesos de cambio, así como qué tradiciones e influencias recogieron y qué caminos abrieron en la construcción de una nueva cultura psi en España.

La influencia de la psicoterapia institucional

La psicoterapia institucional, término propuesto por Daumézon y Koechlin (1952), pretendía ser un conjunto de conductas regladas con intención psicoterapéutica que reproducían las condiciones del medio en que vivían los pacientes. Una primera época tendría su comienzo durante la Ocupación, en algunos asilos de la llamada Francia "libre", como el de Saint-Alban, experiencia impulsada por Lucien Bonnafé y Francesc Tosquelles, o el de Fleury-les-Aubrais, dirigido por Daumézon. Se trataba de psiquiatras, marxistas en su ideología, eclécticos en su ejercicio profesional y muy críticos con la asistencia psiquiátrica tradicional. Anticipan el concepto goffmaniano de institución total (Goffman, 1961), pero siguen convencidos de que, una vez corregidos sus defectos, el asilo podría recuperar su función terapéutica. En definitiva, pretenden

en los hospitales actividades donde enfermos y personal colaboren abiertamente en un proyecto útil […] En la medida en que la

curación no puede pasar más que por la restauración de comunicaciones y de relaciones auténticas, se trataría de crear zonas de actividad, lugares de relación aislados del tejido de las instituciones (Bleandonu, 1976: 247).

Una de estas actividades de colaboración fue, sin duda, la elaboración de los referidos periódicos, entre los que merece la pena citar L'Echo des Bruyères, aparecido en 1947 en el hospital de Fleury-les-Aubrais (Daumézon, 1948), así como Trait d'Union, editado en Saint-Alban entre 1950 y 1981 (Tosquelles, 2015). Tampoco debemos olvidar Le Tremplin, el periódico de Ville-Evrard aparecido en 1948, uno de cuyos objetivos era contribuir a la transformación del viejo asilo en un centro psiquiátrico moderno con objetivos terapéuticos y de integración social (Sivadon, 1949).

Se trataba de revistas cuyo proceso editorial aunaba dos actividades bien diferenciadas: por un lado, la impresión mecánica de los ejemplares tenía una función ocupacional y de laborterapia; por otro, la expresión del pensamiento y la experiencia de los internos debía ejercer una función liberadora de afectos y emociones con posibles consecuencias terapéuticas. Posteriormente, tras estas experiencias pioneras, se produjeron réplicas en numerosas instituciones francesas, a las que se otorgó una gran importancia, dando lugar a una temprana tesis doctoral sobre el papel de estas publicaciones en la psicoterapia colectiva (Benoiston, 1952).

Cabe señalar, asimismo, que la elaboración y edición de estos periódicos no era una actividad aislada, sino que se sumaba o se coordinaba con otras, como los clubs (a veces con el mismo nombre que el periódico), entendidos como estructuras organizativas que dirigían la mayor parte de las actividades de los pacientes. Los clubs eran órganos horizontales cuyo objetivo era contrarrestar la jerarquía vertical del asilo psiquiátrico (Huertas, 1992: 116).

En España, la influencia de la psicoterapia institucional francesa fue llegando, poco a poco, y de manera tímida, a algunos establecimientos psiquiátricos que comenzaron a ensayar experiencias similares. Una de las primeras y más significativas fue la revista Ambiente, el periódico del Hospital Psiquiátrico de El

Palmar en la provincia de Murcia. José Manuel López Navarro y Silvestre Martínez Benítez (2016) han estudiado en profundidad las características de esta publicación en el contexto local y en el marco de la reforma psiquiátrica en Murcia (Martínez Benítez, 2015); baste aquí señalar que Ambiente nació en febrero de 1966 tras la inauguración del Hospital Psiquiátrico de El Palmar. Según refieren los citados autores, en la memoria del año 1966 se cita la creación de

un periódico por un grupo de enfermos (los intelectuales) en un lugar propio (el psicoclub) para cambiar el ambiente del interior del manicomio por el del actual psiquiátrico y para que los internos tengan una vida social lo más acorde con la del exterior, llena de estímulos que reactiven la personalidad en lugar de contribuir a su apagamiento (López Navarro y Martínez Benítez, 2016: 97).

Como se ve, los planteamientos son muy similares a los de la psicoterapia institucional francesa, hasta el punto de que la revista se convirtió en el órgano del colectivo que la hacía posible; así, aparecía en la portada del ejemplar de 1981: Ambiente. Revista del psico-club "Luis Valenciano". Es interesante señalar que el Hospital Psiquiátrico de El Palmar recibió el nombre de Hospital Román Alberca, en honor a Román Alberca Lorente, director del Psiquiátrico Provincial de Murcia entre 1928 y 1966, y catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Valencia desde 1950 hasta su muerte el primer día de 1967 (Sáez, Marín y Cerón, 2008). Alberca había sido discípulo de Pío del Río Hortega y de Sanchis Banús, y formaba parte de una generación en la que la impronta de Ramón y Cajal y de Ortega y Gasset se mantuvo en su formación y en su práctica profesional (Angosto, 2006), siendo a su vez maestro de Luis Valenciano.

Luis Valenciano fue director del Hospital Psiquiátrico de El Palmar entre 1966 y 1975 y, sin duda, está detrás de la experiencia de Ambiente, al menos en su primera época. La labor de Luis Valenciano como "figura puente" en la psiquiatría española ha sido ampliamente reconocida (Corcés, 1985). No en vano facilitó, como

presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la incorporación al debate psiquiátrico de nuevas y combativas generaciones críticas con la psiquiatría manicomial, propiciando la creación de la Coordinadora psiquiátrica en el marco del XI Congreso de la AEN celebrado en Benalmádena (Málaga) en 1971 (Huertas, 2017b).

En todo caso, Ambiente contó con colaboraciones escritas de pacientes y de personal del hospital, pero también con dibujos y composiciones gráficas de artistas que estaban ingresados en la institución, como el pintor Enrique Sánchez Alberola —que fue el primer director de la revista— o el más conocido artista plástico murciano, José María Párraga. En un primer momento, la revista adoptó un formato de mural con cartulinas pegadas con tiras a modo de collage, con noticias, chistes, reflexiones, poemas, etc. Sus contenidos son muy variados, desde avisos internos o información sobre fiestas organizadas en el interior del establecimiento a la descripción de nuevos servicios, pasando por reivindicaciones o quejas de los pacientes o, incluso, con chistes cargados de ironía, como en la viñeta de uno de los murales de 1971 donde un médico se lamenta en estos términos: "También es mala suerte la mía: me paso la vida estudiando las seis mil doscientas cincuenta enfermedades descubiertas hasta ahora, para que vengan los americanos y con esta pastillita las curen todas".

A partir de 1978 pasó a un formato de revista impresa con una tirada de 400 ejemplares de 40 páginas cada uno, una periodicidad trimestral y una distribución dentro y fuera del hospital (López Navarro y Martínez Benítez, 2016: 99). En esta segunda etapa, de la que se conservan 21 números, Ambiente será motivo y correa de transmisión de polémicas en torno a algunos aspectos de políticas de salud mental y, de manera particular, de la creación en 1980 de la Asociación de Familiares de Enfermos Síquicos (AFES) en la provincia, promovida por el Servicio de Rehabilitación del hospital.

Otra revista importante dentro de este grupo fue Vida Nueva, editada en el Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza, de la que se conservan 38 números, publicados entre 1968 y 1971, cuya estructura, secciones, etc. han sido estudiados por Antonio Seva Fernández y Asunción Fernández Doctor. Estos

autores ponen de manifiesto que la finalidad de Vida Nueva estaba "claramente encaminada a la rehabilitación de estos enfermos, y su creación respondía y formaba parte de una serie de grupos socio-terapéuticos que el Dr. Antonio Seva Díaz había emprendido al poco tiempo de su incorporación como jefe clínico de esta institución en junio de 1966" (Seva Fernández y Fernández Doctor, 2016: 105).

En esta frase queda resumida la importancia y el alcance de la revista (una especie de fanzine mecanografiado), lo que la vincula con los principios de la psicoterapia institucional. Los grupos socioterápicos impulsados por Seva Díaz introdujeron novedades que fueron más allá de la mera laborterapia practicada en las huertas o en la fábrica de alfombras del hospital. A la creación de dos grupos de información —uno editaba un periódico mural y la revista Vida Nueva, y otro un diario hablado y grabado en magnetófono que se escuchaba en todos los pabellones— se añadió un grupo cinematográfico —encargado de rodar y montar cuatro películas al año— y otro deportivo —que debía organizar torneos y actividades deportivas—. Se organizaban también conferencias semanales con participación de los pacientes y salidas programadas al exterior del establecimiento (Seva Fernández y Fernández Doctor, 2016: 107). Como puede verse, el intento de modernizar el viejo manicomio y de dotar al nuevo hospital de una función (psico)terapéutica que garantice o, al menos, pretenda propiciar la comunicación social, resulta muy evidente en este planteamiento. Como el propio responsable de los grupos socioterápicos indica,

el objetivo fundamental del hospital psiquiátrico actual es el de lograr crear, o al menos facilitar, la instauración de relaciones interpersonales más reales y menos fantasmagóricas entre todos y cada uno de los miembros del hospital (enfermos, médicos, enfermeros, etc.). En ello está fundamentado todo intento socio-terapéutico dentro de la asistencia hospitalaria. […] En todos estos intentos a los que me he referido, hay un elemento primordial que es la reunión (Seva Díaz, 1968: 1. Cit. por Seva Fernández y Fernández Doctor, 2016).

Esta “reunión” debía ser un “lugar de reencuentro y de elaboración de la política de cada uno de los grupos instituidos”, lo que recuerda, una vez más, los clubs puestos en marcha por la psicoterapia institucional francesa en sus establecimientos más señeros, a los que antes nos hemos referido.

Como lo recuerda la revista Club, fundada en 1972 en el Institut Pere Mata de Reus y, esta sí, editada conscientemente y con todas sus consecuencias, en el marco de un programa de psicoterapia institucional diseñado como tal (Labad-Alquézar, 2005). Su primer número apareció en octubre de 1972 y en su primera página (de un folleto de 11 páginas) aparece un Prefacio firmado por la Redacción en el que se anuncia lo que será el estilo y el talante del periódico: “…les deseamos que nuestra lectura sea amable, sana y divertida a más que les sirva de estímulo para intentar superarse día a día en todos los conceptos. A través de estas líneas, vamos a tratar de todo, de humor, noticias, comentarios, críticas e informaciones del interior y exterior de este Centro” (Labad-Alquézar, 2016: 126).

Este periódico, que tuvo como predecesor El Esquizográfico, editado a lo largo de los años cincuenta en la misma institución, debe encuadrarse en el proceso de reforma del Institut iniciada en 1967 y liderada por Ramón Vilella y nada menos que por Francesc Tosquelles que, como sabemos, había estado en Saint-Alban, uno de los referentes indiscutibles de la psicoterapia institucional. El periódico Club, del que se han localizado 12 números, nació como un elemento más dentro de los dispositivos que se pusieron en marcha en el Institut con el fin de contribuir a facilitar la comunicación, tan necesaria en el intento de establecer unas relaciones más humanas y más horizontales que facilitasen el acceso a la palabra en y entre todos los colectivos, propiciando un mayor protagonismo de los pacientes (Labad-Alquézar, 2016: 124). Como en otros lugares, la revista estuvo ligada al club Emilio Briansó (denominado así en honor a un antiguo director del establecimiento), que contó con un reglamento específico y que gestionaba los talleres productivos y tenía en la Asamblea General su órgano rector, al más puro estilo de la psicoterapia institucional.

Orientaciones antipsiquiátricas

No cabe duda de que, como indica Óscar Martínez Azumendi,

la psicoterapia institucional ensayó el potencial que podía tener una revista interna puesta a disposición de los enfermos con el objetivo de modificar la atmósfera institucional, haciéndola más habitable y buscando tanto la socialización de sus moradores como su propia evolución desde un punto de vista terapéutico (Martínez Azumendi, 2016: 87).

Sin embargo, cabe mencionar también otras revistas que, surgidas asimismo en el interior de las instituciones psiquiátricas, tuvieron planteamientos mucho más radicales, llegándose a convertir en estandartes de la crítica anti-institucional. Quizá uno de los más característicos sea Il Picchio, el periódico mensual publicado en el Manicomio de Gorizia entre 1962 y 1965. Recuérdese que Franco Basaglia llegó a Gorizia en 1961, dispuesto a negar la institución (Basaglia, 1968); allí, inspirado por las experiencias editoriales de la psicoterapia institucional, propició la publicación de una revista que fuera más allá de los límites manicomiales y de las funciones estrictamente terapéuticas, para ser vehículo de críticas, reivindicaciones y propuestas alternativas. El encargado de dirigir esta publicación fue Mario Furlan “el Furio”, un paciente culto y entusiasta que convirtió esta publicación en una especie de órgano de expresión de una institución en pleno proceso de transformación. Tal como nos explica Marta Zaccardi, Il Picchio (el pájaro carpintero) no era una alusión al término picchiato, que en argot italiano significa “loco”, sino que se refiere, según se indica en la revista,

a ese pajarito que escuchamos constantemente picotear la corteza de los árboles del parque. Decidimos llamarlo Il Picchio —escriben

los redactores— porque con nuestros artículos queremos picotear las puertas de la sociedad para que las abran de par en par, y abra su corazón y sus instituciones y nos ayude a volver a ella [a la sociedad] (Zaccardi, 2016: 150).

Por un lado, la revista era un medio de comunicación entre los propios pacientes, pero también era un puente hacia el exterior, pues pretendía mostrar las reformas institucionales y los cambios que se iban produciendo en la vida de los internos. Resulta muy evidente, en este sentido, la función de propaganda y de concienciación de la opinión pública ante la cuestión de la locura y de la actitud social hacia la misma. Junto a estos contenidos, aparecían también en las páginas de la revista artículos diversos, noticias, cuentos breves, poemas, chistes, etc.

Como es lógico, no resulta fácil localizar muchas revistas similares, pues su posicionamiento anti-institucional generaba problemas con la administración sanitaria. En España, ya hemos comentado que Ambiente, sobre todo a partir de 1978, tuvo un talante combativo y de crítica institucional. Sin embargo, es probablemente la revista Altozano, publicada en el Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid, la que más se acerca al tipo de producto que nos ocupa. Aparecida en 1977 por iniciativa de un estudiante de medicina llamado Pedro Castrillo, que era alumno interno en el hospital, Altozano se convirtió a lo largo de sus 11 números en una herramienta más de reforma y de cambio de modelo asistencial, cuyo fin último no era sino el cierre del manicomio y la creación de los dispositivos externos propios de la salud mental comunitaria. En uno de sus primeros editoriales se explica que

Altozano nace como una necesidad común de expresión de todos aquellos que, de un modo u otro, estamos ligados al Hospital Psiquiátrico de Valladolid, pero sobre todo con el fin de dar a conocer al exterior, a esos que se consideran normales, todo lo que se realiza, se siente y se escribe en un Psiquiátrico (Altozano, nº 2, 1977).

Como se ve, y tal como ponen de manifiesto Esteban, Santander y Cantero (2016), la revista abogaba por una identificación con los pacientes, muy propia del discurso antipsiquiátrico, que se conjugaba con el continuum entre salud y enfermedad propugnada por el psicoanálisis. No en vano, la institución vallisoletana se convirtió, con el tiempo, en referente indiscutible de la práctica psicoanalítica en las instituciones públicas. Además, según indican estos mismos autores, la revista era un elemento de política de "puertas abiertas", no solo porque se quería representar una institución sin cerrojos, ni rejas, ni muros, sino por lo que tenía de apertura a la comunidad. Todo ello desde el convencimiento de que

hoy día la psiquiatría asistencial va dejando de ser un método de reclusión y asilo del enfermo mental, dirigido por la omnipotencia del médico, para pasar a ser un complejo, pero más eficaz, sistema terapéutico, en el que han de estar involucrados todos (pacientes, médicos, personal, sociedad). Queremos por ello dar a conocer lo que está pasando aquí, todas las taras que aún arrastramos y las ilusiones que, por suerte, aún nos quedan […] hoy día cada vez se ve más clara la relación sociedad-enfermedad mental. Si todos nos informamos y tomamos conciencia del problema quizá mejore la situación del enfermo mental" (Esteban, Santander y Canteri, 2016: 140).

La posición de Altozano es muy clara al respecto. Su lema fue: "¡¡Por la emancipación del enfermo mental!!"; su estrategia, mostrar la situación del psiquiátrico y de los psiquiatrizados a la ciudadanía: "Tratamos de contarte toda nuestra verdad, ¿te atreves a compararla con la tuya? Nuestro hospital tiene las puertas abiertas, ¡¡Ábrenos tu casa!! No olvides que mañana tú puedes estar en el Altozano" (contenidos de un cartel anunciador de la revista).

Además de los escritos y reflexiones de los pacientes, de los chistes, pasatiempos y noticias propias de todas estas revistas, y de la información específica sobre las actividades y reformas introducidas en la institución, Altozano llegó a publicar, a lo largo de sus 11 números, también artículos de colectivos ajenos al hospital como

Psiquiatrizados en Lucha. Este talante reivindicativo y anti-manicomial dio lugar a serios conflictos con la administración (la revista dejó de editarse en 1979), pero no cabe duda de que Altozano fue un proyecto compartido entre pacientes y personal y, con respecto a estos últimos, un "aglutinante más de la plantilla comprometida con el proceso reformista, un aglutinante que conllevaba la expresión de las ideas de libertad, la escucha del otro y el respeto mutuo" (Esteban, Santander y Cantero, 2016: 145).

Una década más tarde, a partir ya de los ochenta, los cambios políticos y sociales que vivió el país con la llegada de la democracia tuvieron también su incidencia en este tipo de publicaciones. En 1982 comenzó a publicarse en el Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipúzcoa) la revista Globo Rojo, que no tuvo un objetivo terapéutico, ni pedagógico ni rehabilitador. Sus páginas admitían escritos y dibujos de los pacientes sin censuras, correcciones, sin manipulaciones, y pretendía ser una "revista interna para el exterior" que llegó a distribuirse en librerías, bares y otros espacios de sociabilización, alcanzando amplia difusión (Martínez Azumendi, 2005). Citaremos, finalmente, Nuestro Pequeño Mundo, un fanzine mecanografiado que se elaboró entre 1979 y 1983 en el Psiquiátrico Provincial de Madrid y del que se conservan 24 números. Pretendía ser una mera hoja informativa "con el único deseo de servir de plataforma de expresión de todas aquellas iniciativas y actividades que vayamos poniendo en funcionamiento la pequeña comunidad humana que formamos los enfermos y personal del Centro" (Nuestro Pequeño Mundo, nº 1, 1982). En algunos números pueden encontrarse algunas críticas o comentarios irónicos, no tanto a la vida en el establecimiento sino a situaciones sociales más generales, como cuando en una viñeta se habla de los primeros políticos de la democracia: "El alcalde D. Félix Mercadocomún, más conocido por 'prometeo', porque siempre estaba prometiendo, no necesitaba la droga ni el dinero; porque él tenía su propia droga: El Poder" (Nuestro Pequeño Mundo, nº 10, 1983); o como cuando se asegura que "El mundo lo cambiaremos los pobres, porque somos los únicos que necesitamos un mundo distinto" (Nuestro Pequeño Mundo, nº 7, 1983), lo que de algún modo nos sitúa en otro escenario, cada vez más alejado de la dictadura franquista, con una sensibilidad política y social que se manifestó también en el interior de los establecimientos

psiquiátricos.

Queda, pues, fuera de toda duda la importancia que las revistas editadas en los hospitales psiquiátricos españoles durante los años sesenta y setenta, y su papel en determinados cambios asistenciales y terapéuticos. Iniciativas y experiencias con un claro talante reformista y que coinciden en el tiempo con lo que se ha dado en llamar las "luchas psiquiátricas del tardofranquismo". Tan solo he aludido a un número limitado de este tipo de productos editoriales, pero me parecen suficientes para identificar dos grandes tendencias: la que se sitúa en el marco teórico de la psicoterapia institucional francesa y la que se identifica con los planteamientos anti-institucionales, de corte basagliano, procedentes de Italia. Quizá la diferencia fundamental entre ambas, al margen de sus contenidos más o menos radicales, sea su política de difusión. En el Trait d'Union, impulsado en Francia por Tosquelles, se especificaba claramente en su portada que "Este diario no debe salir del hospital". Siguiendo este ejemplo, las revistas influidas por la psicoterapia institucional eran de consumo interno del hospital, pues se entendía que su función era exclusivamente psicoterapéutica. Por el contrario, como hemos visto, las de la tendencia anti-institucional (o anti-psiquiátrica) siempre pretendieron salir de los muros institucionales, sensibilizar a la opinión pública y, en cierto sentido, "crear comunidad".

Una última reflexión me parece obligada: las publicaciones a las que nos hemos referido constituyen una fuente histórica de primer orden para una historia cultural de la psiquiatría. No solo porque nos muestran herramientas psicoterapéuticas poco estudiadas, sino porque, como se ha insistido, nos dan claves sobre el funcionamiento de las instituciones en proceso de transformación o sobre la vida cotidiana en el interior de los hospitales psiquiátricos.

Capítulo 4

Ser mujer y estar loca

Introducción

A Dora Maar, Leonora Carrington, Sylvia Plath, Alda Merini.

Imagino tu cuerpo
aletargado o convulso
como una maquinaria conducida al desguace.

Ellos te abren la boca
yo abro al mismo tiempo los balcones de casa
—ignoro sus barrotes—.

Tú aprietas con los dientes un trozo de madera
yo mastico y no trago,
hago bola
con el ácimo pan
de la merienda.

Ellos colocan sobre tu sien los electrodos
yo me pruebo diademas de pájaros y noches.

Ellos sujetan con fuerza tus muñecas

yo saco a pasear todas mis Barbies.

Mientras ellos te inyectan atropina

yo juego a la enfermera

y escarbo con agujas

el ojo de los cisnes.

Ellos dicen descarga

y es entonces cuando cumplo tu encargo:

Repite estas palabras y no llores:

Dora

Leonora

Sylvia

—tu tejido florece en convulsiones—.

Alda

Leonora

Sylvia

Alda

Manuela

Como en casta diva.

Este conmovedor poema de Rosana Acquaroni (2019: 68-69) rememora los sentimientos de una niña, la autora, en el momento en que su madre es sometida a terapia electroconvulsiva. Más allá de tan angustiosa experiencia, y de las emociones que estos versos puedan suscitar en el lector o lectora, me interesa destacar de manera especial la dedicatoria y la alusión directa a Dora Maar, Leonora Carrington, Sylvia Plath y Alda Merini. Cuatro mujeres psiquiatrizadas que se convierten en compañeras de Manuela, la madre que inspira el poema. La niña indefensa y asustada repite sus nombres: Dora, Leonora, Sylvia, Alda; los invoca, se refugia en ellos, en lo que representan: sufrimiento y locura, pero también disidencia y creatividad, feminismo y resistencia.

Se trata de autoras muy conocidas y sobre las que existe una amplia bibliografía, por lo que no se trata aquí de profundizar ni en sus vidas ni en sus obras. Aun así, nos ofrecen el pretexto ideal para intentar contribuir a una reflexión en torno a lo que puede significar "ser mujer y estar loca". Dora Maar (pseudónimo de Henriette Theodora Markovitch) fue una fotógrafa, escultora y pintora (Luque Teruel, 2005) conocida por haber sido amante de Picasso durante siete años. Amiga de André Breton y de Paul Éluard, entre otros, ha sido también considerada una musa del surrealismo. Sin embargo, como bien explica Victoria Combalía (2013), es preciso liberar a Dora Maar de la sombra de Picasso y reconocerla como la gran artista que fue. En el campo de la fotografía llevó a cabo innovaciones técnicas como el "efecto desenfocado", que aprendió de Man Ray, los tiempos de exposición largos, para dar mayor intensidad a los negros, o el recurso de la sobreexposición. Desde el punto de vista de la creación artística se ha destacado su insistencia en mostrar la extrañeza de lo cotidiano con lo que, en efecto, se aproxima a los surrealistas.

No es difícil imaginar a Dora Maar como una mujer moderna, independiente y comprometida. Sin embargo, la ruptura con Picasso en 1943, y la ocupación de Francia durante la Segunda Guerra Mundial, afectaron su estado de ánimo, que se hizo muy fluctuante, compaginando momentos de depresión con comportamientos de gran desconfianza. Fue analizada por Lacan y, finalmente, ingresó en el Asilo de Sainte-Anne de París, donde se la sometió a electroshocks. Parece que su amigo Paul Éluard, poeta dadaísta y surrealista, desempeñó un papel importante en que fuera dada de alta de dicha institución psiquiátrica. Durante sus últimos años de vida permaneció aislada del mundo y refugiada en la religión católica (Combalía, 2013).

Siendo apasionante la figura de Dora Maar, las otras tres mujeres aludidas en el poema de Rosana Acquaroni —Sylvia, Leonora y Alda — nos interesan más porque tienen en común su capacidad para relatar su propia experiencia como personas psiquiatrizadas. Con estilos diferentes, cada una expresa a su manera su condición de mujer loca, sus vivencias, sus frustraciones y sus resistencias ante el mundo hostil del patriarcado y del manicomio.

En el caso de la escritora y pintora surrealista Leonora Carrington (Poniatowska, 2011; Moorhead, 2017), su autobiografía, titulada Memorias desde abajo (En bas, 1940), narra su ingreso en el Hospital Psiquiátrico de Santander, los tratamientos de choque que le fueron aplicados y, en definitiva, su sufrimiento y su colapso nervioso al que no fueron ajenos ni la persecución nazi, ni sus ideas políticas antifascistas ni su espíritu desobediente e independiente, que hizo que su padre impusiera su internamiento psiquiátrico (Carrington, 1995).

Sylvia Plath (Alexander, 2017) recurre a una novela semiautobiográfica para relatar su propia experiencia. Firmada con el pseudónimo de Victoria Lucas, La campana de cristal (The Bell Jar, 1963) es una roman à clef, es decir, una novela en la que personajes y situaciones ficticias representan, de un modo más o menos explícito, personajes y situaciones reales. La historia de Esther Greenwood, alter ego de Sylvia Plath, nos muestra a una joven que ansía ser escritora, sus amores y desamores con hombres que difícilmente están a la altura de sus expectativas, su

decepcionante estancia en Nueva York o sus primeros fracasos literarios. Es interesante la manera en que se cuenta cómo no consigue realizar un trabajo escolar sobre Finnegan's Wake debido a la complicada sintaxis de Joyce (véase el segundo capítulo de esta monografía). Más tarde, imbuida de una profunda tristeza y tras un intento de suicidio, tendrá varios ingresos psiquiátricos con el diagnóstico de trastorno bipolar y se le aplicará tratamiento con electroshock. La "campana de cristal" hace alusión a esas unidades psiquiátricas donde una pertenece atrapada y donde falta el aire y el espacio. Al final de la novela parece que Esther termina recuperándose tras el suicidio de su amiga Joan Gilling, lo que en buena medida contrasta con el propio suicidio de Sylvia Plath, muy poco después de terminar la novela.

Es de destacar, desde el punto de vista literario, el recurso al monólogo interior en La campana de cristal y la clara alusión, desde ese discurso introspectivo e íntimo, a la depresión y a sus esfuerzos de superación y adaptación del ánimo, siempre con una gran calidad estilística y con un ritmo en cierto modo poético a pesar de ser una obra en prosa. Fue, de hecho, su poesía la que mereció en 1982 la concesión del Premio Pulitzer a título póstumo.

La obra de Sylvia Plath ha sido objeto de acercamientos y análisis desde disciplinas e intereses diferentes, desde interpretaciones biográfico-psicoanalíticas (Butscher, 1976; Jijón, 2011) hasta estudios críticos feministas. La publicación de sus Diarios, escritos entre 1957 y 1959 (Plath, 2016), ofrecieron datos muy interesantes sobre sus relaciones con su marido, el también poeta Ted Hughes, y sobre su compromiso con la liberación y emancipación de las mujeres. Un diario cuya redacción no está pulida ni corregida porque su vocación no era la de ser publicado; aun así, su discurso sobrevivió y, tal como indica Laura Freixas (2017), lo hizo con

toda su crudeza, su lucidez desgarrada, su brutalidad, su exploración a tumba abierta de la situación imposible de una mujer moderna que quiere follar, pero no quiere que la traten como una puta; que quiere triunfar profesionalmente (y detalla, ávidamente, cómo: viajes, publicaciones, premios, becas), pero (ese pero que se aplica solo a las mujeres) también quiere amor, pareja, sexo, hijos.

Sylvia fue muy consciente de la contradicción que le tocó vivir como mujer, entre lo que quería ser y lo que se esperaba de ella en una sociedad patriarcal, y resiste. Resiste y defiende con uñas y dientes su propio proyecto vital: “escribiré hasta que empiece a expresar mi yo profundo”, lo que no tiene por qué ser incompatible con la maternidad, de modo que, aun siendo madre de dos hijos, afirma: “odiaré a un bebé que tome el lugar de mi propio proyecto”. Recojo, para terminar, una última reflexión extraída del diario de Sylvia Plath que relaciona la condición femenina con la propia locura: “He visto tantos romances que terminan de esta manera, con la mujer derrochando su vida, ellos no creen que el matrimonio puede funcionar sin que la mujer se convierta en criada, cocinera, enfermera y pierda el cerebro”.

Sylvia Plath se ha convertido, y así es reivindicada con toda justicia, en un icono indiscutible del feminismo. Su disidencia, su creatividad y su sufrimiento psíquico aparecen como elementos indisolubles de una personalidad fascinante que nos permite pensar la locura, una vez más, no desde la perspectiva del déficit, sino desde la de la diversidad de subjetividades.

La última de las mujeres nombradas en el poema que abre este capítulo, la escritora italiana Alda Merini, publicó en 1986 un testimonio sobre su internamiento psiquiátrico titulado L’altra verità. Diario di una diversa. Esta obra, de muy reciente aparición en castellano (Merini, 2019) y, con seguridad, menos conocida que las aportaciones de Sylvia o de Leonora, merece un análisis algo más detenido.

Diario de una diversa: la otra verdad

Procedente de una familia humilde, Alda Merini se dio a conocer como poeta siendo aún muy joven. Giacinto Spagnoletti (1950) la incluyó en su Antologia della poesia italiana, 1909-1949. Su primer ingreso psiquiátrico se produjo a los 16 años en el Hospital de San Raffaele Turro de Milán, aunque fue más tarde, en 1965, cuando fue internada en el Hospital Psiquiátrico de Paolo Pini de la misma ciudad, donde permaneció hasta 1972. Su obra literaria es amplia y puede decirse que está impregnada en su totalidad por unos estados de ánimo depresivos que marcaron su existencia. Su Diario de una diversa, escrito a primeros de los años ochenta, relata su estancia en el Paolo Pini con una clara intención: dar testimonio de su propia experiencia con el fin de reivindicar la diversidad psíquica. Merini se siente portadora de "otra verdad", una verdad confusa y doliente, una verdad del extravío y del sufrimiento que considera necesario trasmitir.

Se trata de un texto breve, en ocasiones repetitivo, que puede tener varias lecturas pero que, a mi juicio y para los intereses de este ensayo, ofrece importantes elementos de reflexión crítica. Empecemos diciendo que Alda Merini sufrió su confinamiento manicomial poco antes de la gran reforma psiquiátrica italiana. Esta circunstancia es señalada varias veces a lo largo del diario, algunas de manera indirecta: "Al comienzo del año 1965, cuando las leyes todavía eran muy restrictivas, a los enfermos se les consentía poco menos que la libertad de lavarse"[3] (p. 35), y en otras de forma más específica, cuando explica que fue dada de alta "antes de que Basaglia dictase su normativa y encontré fuera un muro aplastante y desesperante" (p. 99). En una de sus reflexiones más explícitas sobre la institución manicomial, afirma que

el manicomio es sin duda una institución falsa, una de esas instituciones que, creadas bajo la égida de la fraternidad y de la

comprensión humana, no sirve para otra cosa que para aliviar los instintos sádicos del hombre. Y nosotros éramos las víctimas inocentes de estas instituciones. Existían, sí, personas que tenían necesidad de cuidado y de ayuda psicológica, pero había también gente que era internada para dar lugar a la codicia y a la sed de poder de otras personas; y yo me daba cuenta. Por eso Basaglia ha hecho bien en cerrar los manicomios, aunque con ello haya creado otros problemas que todavía no han sido resueltos (p. 40).

Recuérdese que la Ley 180, o Ley Basaglia, data de 1979. Aun así, el proceso por el cual se inició la desinstitucionalización psiquiátrica y la supresión de los manicomios en Italia fue largo y complejo. El cierre gradual de dichos establecimientos duró más de quince años, hasta que los centros de salud mental comunitarios se convirtieron en el eje de una nueva red asistencial para prevención, tratamiento y rehabilitación (Huertas, 2018).

Alda Merini era una mujer de la cultura y, como tal, su relato está repleto de matices y referencias literarias, de Shakespeare a Kafka, de D'Annunzio a Rilke y, por supuesto, a Freud. El psicoanálisis desempeña un papel importante en su peripecia psiquiátrica. Por un lado, uno de sus médicos, el doctor G., "era un freudiano convencido y concluyó que, si yo estaba enferma, alguna cosa debía haber perturbado mi infancia" (p. 29). Alda se muestra de acuerdo, reconoce un complejo edípico, pero también un apego morboso a su madre (fue ingresada tras la muerte de esta) y lo llega a explicar —y a explicárselo a sí misma— de la siguiente manera:

Mi madre siempre había constituido un modelo en mi mente, modelo que podía ser adecuado para la primera infancia, pero que mi adolescencia automáticamente rechazó en tanto amante y concubina del padre. Además, yo comenzaba a sentir en mí los primeros movimientos, las primeras inspiraciones artísticas y mi madre, que era completamente profana en el campo del arte, no podía coincidir para nada con mi imagen. Aquí nace mi monstruosidad, la monstruosidad de mi existencia, la monstruosidad de mi propia madre y, finalmente, la agresión con el

consiguiente deseo de huir de casa. Dado que esa huida era patológica, acabé en una clínica donde intentaron resituar mi imagen. Por supuesto mi madre se relacionaba con el trauma infantil. Tal vez ella misma era la responsable. Pero esto yo no lo podía aceptar pues siempre la había adorado y considerado más allá de toda sospecha (p. 41).

Su lectura de Freud, tal vez superficial e ingenua, le permitía seguir los razonamientos del doctor G., pero "había algo en mi inconsciente que no quería ser removido, conservo intacto mi terrible secreto" (p. 37). En todo caso, a pesar de su resistencia, se muestra partidaria del psicoanálisis: "leía, justo ayer por la tarde, a propósito del psicoanálisis, que esta ciencia o teoría, como quiera llamarse, sirve un poco de almohada de consuelo, como pararrayos contra los problemas de la vida, y que al paciente consuela, convencido de encontrarse seguro" (p. 34). Y termina afirmando con contundencia que "estoy convencida, serenamente convencida que, si no hubiera sido por el psicoanálisis, yo en aquel lugar horrendo podría haber muerto" (p. 30).

Una peculiaridad del Diario de una diversa es que, de vez en cuando, su autora intercala poemas en el texto de su testimonio. La influencia de Freud es patente en el titulado "A cada uno (¿a cualquiera?) he de pedir":

A cada uno he de pedir una gracia:

De estarse quieto una hora

En el cuadrante estrellado

de un reloj normal de tictac

entonces la neurosis es ciencia

o sudorosa oposición de masas

no existe la caridad de los cristianos

inaudito concepto metafórico

a cada uno debo pedir el elegido

favor de un considerado saludo

pero ¿por qué a causa del manicomio?

¿qué aceptación infantil

no somos todos locos

todos callados por dentro

el mito de Clitemnestra

y el destino de Edipo,

no somos todos freudianos?

Ya, pero la vecina de la derecha

Freud no la conoce

y el siglo de las luces

se ha ido hace tiempo

ingresémonos pues

fuertes en tanta peste (pp. 38-39).

Sin embargo, el manicomio es demasiado amenazador y los tratamientos de choque o los farmacológicos son vividos con temor y desasosiego. Además de la terapia psicoanalítica, Alda Merini fue tratada con antipsicóticos, de cuyos efectos se lamenta repetidamente: “cuando me sometían a tratamiento con Dogmatil quedaba reducida a un estado lamentable; no podía sentarme, no tenía ni un momento de tranquilidad” (p. 82); “¡Dios! Cuanto sufrimiento bajo los efectos del Haloperidol, del Largactil; fármacos muy potentes que te reducen el cuerpo y el alma. Los

estrangulamientos del espíritu eran horrendos, la masacre del corazón era detestable" (p. 87).

Explica Merini que "en aquel manicomio se practicaba el horror de la terapia electroconvulsiva" (p. 61). El electroshock aparece, en el sentir de Alda Merini, como algo más que un tratamiento psiquiátrico. Tiene también una enorme fuerza simbólica porque representa, además de un castigo, una manera de poseer y profanar el cuerpo de la paciente: "El hombre que nos daba los electrochoques parecía más un lacayo que un auténtico doctor […] ¡Nunca nos preguntaba nada! Si es verdad que de pequeña sufrí un trauma, un hombre semejante a él debía haberme agredido" (p. 74). La sala de terapia electroconvulsiva es descrita como un lugar siniestro y aterrador, "una pequeña habitación estrecha y terrible; y más atroz todavía la antesala, donde nos preparaban para el triste evento. Nos daban una dosis previa de morfina, y después anticonvulsivos para que no tembláramos exageradamente durante la descarga eléctrica. La espera era angustiante. Muchas lloraban. Alguna orinaba en el suelo" (p. 73).

El electroshock como instrumento de castigo es destacado también por nuestra autora cuando relata que en una ocasión llegó a agarrar del cuello a la jefa de sala, una enfermera descrita como cruel e impasible. La consecuencia de su acción fue que "me sometieron directamente a terapia electroconvulsiva, sin anestesia previa, de modo que sentí absolutamente todo. Todavía conservo este recuerdo horrible" (pp. 73-74). El Diario ofrece información sobre los diversos correctivos impuestos ante otros actos de resistencia: celdas de aislamiento, contención mecánica (cuerdas de cáñamo grueso con las que le ataban pies y manos) o farmacológica: "—¿Por qué no duermes? ¡Es obligatorio! Entonces me puso tres inyecciones de Valium con un poco de alcanfor. Creo que en aquel momento tuve la sensación de morirme. El pinchazo fue tan violento que me desvanecí y dormí tres días enteros. Me desperté atada" (p. 85).

En todo caso, junto a las penosas condiciones de la vida en el interior del manicomio, el diario de Merini pone de manifiesto, con toda claridad, de qué manera la locura de las mujeres queda modelada, organizada y hasta definida en función de su propia condición femenina. Ya desde las primeras páginas se menciona a

Adalgisa Conti (1978), una mujer ingresada en el Manicomio de Arezzo, en la Toscana, en 1913 por su marido y que también dejó testimonio de su experiencia. Merini la cita textualmente cuando afirma:

La verdad es que la internación representa ya por sí misma una violencia enorme para la mujer que, al identificarse como persona en rol de protección a la familia, sustraída de esto pierde todo punto de referencia y toda posibilidad de ser y de reconocerse como individuo. El papel de ama de casa-esposa-madre es el único lugar posible entendido como natural para la mujer, como la esencia misma del vivir femenino.

Es necesario para que la mujer pueda asumir este rol, entonces, la relación con aquel hombre que escogiéndola la consiente realizarlo.

Si no se revela capaz de responder a sus expectativas, la víctima no es ella, incluso culpada de inadaptación, pero sí el marido que ha reconocido socialmente el derecho de rechazarla o sustituirla. Esto condena a la mujer a la pérdida de todo su espacio privado y de una vida colectiva, a violaciones constantes de esa privacidad y de aquel pudor, de los cuales como "loca" no tiene derecho alguno y que le son continuamente exigidos como elementos indispensables de su normalidad.

La vida del manicomio facilitará la degradación de su cuerpo, hecho instrumento de una existencia puramente vegetativa y de objeto ofrecido a la manipulación y a la exploración que la institución hará de ella, empeñándole en actividades serviles y degradantes (p. 21).

Estos párrafos de Adalgisa Conti, que Alda Merini asume como propios, son muy esclarecedores de su posición y de su conciencia de "mujer loca". El papel desempeñado por su primer marido es fundamental para entender el sufrimiento psíquico de Merini, en primer lugar, como responsable de su ingreso: "Lo que me resultaba incomprensible era cómo había acabado yo en ese lugar, y qué odio había podido inspirar en mi marido para encerrarme en un

manicomio" (p. 57). Estamos a mediados de los años sesenta del siglo XX y "en aquel entonces las leyes eran muy estrictas y en la práctica, en 1965, la mujer estaba sujeta al hombre, y el hombre podía tomar decisiones en relación a todo lo relativo a su futuro" (p. 18). En segundo lugar, por el sentimiento de abandono que provocó su ausencia: "mi marido no vino nunca a visitarme" (p. 77). Alda se explica esta dejadez por la tendencia a culpabilizar y a condenar a la persona etiquetada y reconocida como "enferma mental":

Mucha gente al leer este pequeño libro se preguntará qué rol tenía mi marido y toda mi familia en aquella época: ninguno. Y existe una razón. En el momento del internamiento, el enfermo siente el peso de la condena, condena que no puede sino repercutir sobre toda la sociedad y también sobre sus familiares […] una vez que regresemos a casa siempre sentiremos que nos echan en cara la hospitalización como un hecho jurídico y no como una enfermedad. En síntesis, el enfermo está un peldaño más alto en relación a aquella persona que ha estado en prisión (p. 50).

No es difícil entender que la cita precedente contiene elementos que bien podrían ser asumidos y teorizados por Foucault o por Goffman.

Un aspecto muy particular de la experiencia de Alda Merini como "mujer loca" es el relacionado con su maternidad. A lo largo de los años que permaneció recluida en el psiquiátrico Paolo Pini de Milán, en algunas ocasiones se le concedieron permisos temporales para salir de la institución y regresar a casa. Alda ya tenía dos hijos cuando fue ingresada, y en dos de estos permisos volvió a quedarse embarazada de su tercera y cuarta hija. Estos dos últimos estados gravídicos fueron vividos de manera muy diferente. Según nos relata, el embarazo de su tercera hija fue un periodo de felicidad y serenidad, que le permitió no reingresar hasta después del parto, momento en el que se descompensó nuevamente. El cuarto embarazo, sin embargo, resultó especialmente penoso, lo pasó ingresada y sujeta a un trato denigrante. Las páginas dedicadas a este episodio son muy dramáticas y sobrecogedoras. Se le intentó

provocar un parto prematuro y, ante su resistencia, fue encerrada e incomunicada en una celda. Tras el alumbramiento, se le impidió la lactancia debido a la medicación, pero lo más penoso resultó ser la vuelta al domicilio conyugal en un permiso temporal: “Mi marido había perdido todo afecto por mí y cuando le mostré a la niña ni siquiera la miró […] Un día me dijo: —Escucha. Tú no estás bien. Y me cansas. No sé de quién es verdaderamente la niña. Por lo tanto, llévatela al orfanato” (p. 49).

La cuarta hija de Alda Merini fue dada en adopción. Ante esta experiencia tan brutal: “habría dado mi vida por quedarme con mi hija, pero me lo habrían impedido” (p. 50), retorna de manera voluntaria al manicomio con la intención de no salir jamás. No fue así. Como se sabe, fue dada de alta en 1972; a finales de esa década retoma con brío su actividad literaria y, tras la muerte de su marido en 1981, entabla amistad con el poeta Michele Pierri con el que se casa dos años más tarde y se traslada a Tarento donde escribe, entre otras cosas, el diario que estamos analizando.

Terminaré este apartado dedicado a Alda Merini con una última reflexión en torno a ese regreso voluntario al manicomio que tiene algo de derrota, pero también de cierta mística y búsqueda de una subjetividad propia en la soledad y el silencio: “me fui acostumbrando a este tipo de existencia […] así empezó mi silencio […] no tenía necesidad de nada” (p. 59). Un silencio que le resulta imprescindible en un proceso de búsqueda y de supervivencia. Así lo afirma cuando escribe: “de esta manera tranquila, utilicé el silencio, y lo hice para encontrar mi yo, aquel yo idéntico a sí mismo, que no quería, que no podía morir” (p. 36); una necesidad de soledad que recrea en este poema:

Las mil metamorfosis

las muchas primaveras perdidas

en el jardín del manicomio

ahora quiero estar sola.

He abonado dos tierras

una no ha dado fruto

pero la otra me ha dado el laurel

y con él ceñiré mi cabeza de

virgen

que ha inclinado el cuello sobre el tocón

porque soy una mártir

y después iré frente al altar

pobre de toda memoria

y diré a mi señor

que ahora, sí justo ahora

quiero estar sola por fin (p. 100).

Se puede identificar, como digo, una cierta mística en la última parte del diario de Merini, pero no podemos olvidar que este fue escrito mucho después de su ingreso psiquiátrico y que fue publicado en 1986, dos años después de su libro de poemas La Terra Santa, cuyos contenidos guardan una fuerte relación con sus experiencias psíquicas. De hecho, esta obra es citada varias veces en el diario, a pesar de que este pretende rememorar su internamiento manicomial en los años sesenta y primeros setenta. Por eso, no sabemos si el recurso religioso-místico data de aquellos años o fue una elaboración realizada a posteriori. Entiende la religión de manera muy amplia y considera que dentro del establecimiento psiquiátrico "se nos olvidaba la religión y todo aquello que concierne a la idea del Señor"; sin embargo, compara el manicomio con Tierra Santa, "precisamente porque no se cometía ningún pecado, justo porque era el paraíso prometido donde la mente enferma no acusaba ninguna culpa, donde no sufría más, o donde el

martirio se volvía tan intenso hasta alcanzar el éxtasis" (p. 87). A pesar de las penosas condiciones de vida en el interior de la institución, de la violencia de los tratamientos, de las contenciones, etc., "era, de todos modos, la Tierra Santa porque nos condujo hacia la imagen de un yo incorpóreo, un yo que abandonó por ahí sus huesos, en aquel pantano seco y salvaje llamado manicomio" (p. 87). La comparación, casi blasfema, entre un lugar de infamia y un lugar sagrado, tal vez permite adquirir o recuperar una espiritualidad solo al alcance de unos pocos y considerar el manicomio como el templo de una religión aberrante.

¿Podemos hablar de una posible resignificación del manicomio en el sentir de Alda Merini?, ¿de una adaptación mística a su desgracia y su sufrimiento? No sería capaz de contestar a estas preguntas; lo que sí parece es que la poeta está sola, habla desde el núcleo mismo de su pérdida y lo hace sin interlocutores y sin compañía, replegada sobre su miedo y su desdicha, pero lo hace desde la obstinación y la desesperación del que solo tiene eso: la palabra. Una palabra que la defiende de aquello carente de lenguaje. Como si la función de su labor poética fuera soportar el malestar y el abismo.

Diario de una diversa es una obra lírica en prosa, tal como la define su autora, y es también la exégesis de esa "otra verdad" sobre la locura que Alda Merini vivió en persona y que concluye afirmando:

El hombre es socialmente malvado, un sujeto malvado. Y cuando encuentra una tórtola, cualquiera que hable demasiado lento, alguien que llora; le echa encima sus propias culpas, y, así, nacen los locos. Porque la locura, amigos míos, no existe. Existe solo en los reflejos oníricos del sonido y en aquel terror que todos tenemos, arraigado, de perder nuestra razón (p. 101).

Otro diario: 'Escribo con palabras corrientes'

Las Notas desde un manicomio, de la poeta austriaca Christine Lavant (1915-1973), también de reciente aparición en castellano (Lavant, 2018), nos muestran, sobre un soporte similar, una especie de relato autobiográfico en el que se narran las experiencias de la autora como interna de un manicomio. Unas vivencias y unos recursos algo diferentes a los mostrados por Alda Merini, pero igualmente marcados por el hecho de ser una mujer "diferente". Christine Lavant (pseudónimo de Christine Thonhauser) fue una poeta y novelista austriaca que, aunque quizá no sea muy conocida en nuestro medio, llegó a tener gran prestigio obteniendo, entre otros reconocimientos, el Gran Premio Estatal de Austria de Literatura en 1970. Procedente de una familia muy pobre de una aldea en el valle minero de Lavant (de donde toma su pseudónimo), tuvo una infancia dominada por la pobreza y la enfermedad. Padeció tuberculosis y lesiones escrofulosas que le dejaron secuelas y cicatrices en el cuello, y una otitis media le produjo una hipoacusia severa. Debido a su precaria salud tan solo terminó la escuela primaria, tras la cual permaneció en casa de sus padres pintando, escribiendo y haciendo labores de costura. A comienzos de los años treinta sufrió un cuadro depresivo y en 1935 ingresó, por voluntad propia, en el Hospital Psiquiátrico de Klagenfurt (al sur de Austria) donde permaneció tan solo seis semanas. Un tiempo breve, si lo comparamos con otras estancias manicomiales, pero que le da pie para escribir su experiencia; lo hizo once años más tarde, en 1946, y no consintió su publicación hasta después de su muerte por considerarlo demasiado personal, por un cierto pudor a quedar demasiado expuesta. Lo que sí publicó dos años más tarde, en 1948, fue Das Kind (La niña), una novela que relata la rutina de una niña en un manicomio, en medio de un paisaje de puertas, pasillos, colores, batas, pacientes, etc. (Lavant, 2011).

Con todo, Notas desde un manicomio registra su fallido intento de suicidio, la convivencia con el resto de las internas, su relación con

los médicos y el personal de la institución y, sobre todo, su denodado esfuerzo por escribir, por seguir escribiendo pese a todo. Notas desde un manicomio no tiene fechas, ni apartados, ni siquiera un argumento más o menos coherente. Se trata, en efecto, de notas, de vivencias desordenadas pero que describen con toda claridad situaciones y pensamientos muy concretos.

Tras su intento de suicidio resultaba pertinente, y hasta lógico, ingresar en un establecimiento psiquiátrico. Lo hizo, como ya hemos dicho, de manera voluntaria, pero sus esperanzas de eficacia terapéutica eran escasas; así lo reconoce cuando se pregunta:

¿Qué esperaba? ¿Curarme? ¿Pensaba realmente que cierta cantidad de arsénico tomada con regularidad daría sentido a mi vida? ¿Que aquí podrían volverme hermosa, o al menos valiente y feliz? Claro que no lo creí ni un segundo, pero ¿adónde debía ir después de algo tan horrible y fallido? Treinta pastillas, un sueño parecido a la muerte durante tres días y cuatro noches para volver luego a despertar y que todo siga inmutable a mi alrededor (Lavant, 2018: 23)[4].

Lavant no quería ser esposa, ni madre, ni ama de casa ni costurera; quería escribir, necesitaba escribir: “casi tengo que robar las horas para escribir” (p. 66). Se lamenta de la incomprensión de los facultativos que la tratan:

Solo quiere escribir poesía, dijo una voz aguda desde la ventana. Todos se rieron […] seguro que ni siquiera sabe escribir correctamente […] Bueno, mi niña, la poesía la dejas para otros, y cuando el médico te haga entrar en razón, pasado uno o dos años, hasta te alegrarás si consigues que una señora te adiestre para hacer todas las faenas domésticas (pp. 22-23).

El tono paternalista hacia una chica pobre y "perturbada" que "no sabe lo que quiere" resulta muy evidente. No puede ni debe contrariar su destino natural, el de una mujer que debe ocupar su sitio subalterno de criada, de costurera o de esposa complaciente y dependiente de la autoridad masculina. La insistencia del médico-jefe de que "tiene que buscarse un novio" (p. 24) para olvidar sus fantasías de querer ser escritora se completa con la idea de que Christine Lavant es un ejemplo de "lo que sucede cuando los hijos de los trabajadores leen novelas en lugar de aprender un trabajo honrado" (p. 24). Prejuicio de clase y prejuicio de género —que se repite en otros muchos casos (Fernández y Ortega, eds., 2008)— contra los que se rebela airada: "¿por qué estoy enfadada? ¿Merece la pena? Lo único que ha sucedido es que un hombre que me es completamente desconocido juzga mis asuntos desde su punto de vista. ¡¡¡Basta!!!" (p. 26). Lavant seguirá escribiendo, en parte por rebeldía, pero sobre todo por una necesidad insoslayable, porque el lenguaje y las palabras le permiten organizar y estructurar su desconcierto vital. El insomnio y el llanto se ven compensados por las palabras, las que piensa, las que escribe, las que la salvan.

La descripción del ambiente manicomial no resulta tan siniestro o angustioso como en otros testimonios similares. El hecho de que el ingreso fuera voluntario y su estancia limitada pueden explicar una visión si no amable, sí al menos no demasiado crítica con la institución. A veces añora una mayor comprensión por parte de los médicos o las enfermeras y sabe que el manicomio representa una amenaza, pero, aunque conoce la existencia de ciertas prácticas, como la utilización de camisas de fuerza, ella no llega a sufrirlas en persona y, además, "mientras que aquí se me considere como invitada de paso y que yo misma me sienta como tal, no habré pasado la última frontera" (p. 6).

En realidad, el testimonio de Lavant es muy intimista, no acusa ni hace juicios severos. Entiende, o justifica, las dificultades de los psiquiatras para empatizar con los locos y sus Notas… terminan siendo la crónica de una rendición porque, en realidad, para la escritora el sufrimiento está por encima de lo humano y es imposible que pueda ser afrontado por medios humanos. Así pues, si el sufrimiento sobrepasa lo puramente humano, el paso siguiente es confrontarse con Dios —y con sus santos y sus ángeles—, pedirle

explicaciones y reclamarle más amor, más justicia, más compasión. La obra de Lavant cobra una dimensión muy particular, pues no se rebela contra los psiquiatras, ni contra las instituciones ni contra la sociedad, sino contra Dios:

¿Por qué, si hay ángeles, no hay ninguno que tenga la obligación de impedir aquí en la tierra cosas que sólo deberían suceder en el más profundo de los infiernos? Escribo esto con palabras corrientes, lo escribo como cualquier otra cosa, y en realidad debería romper las paredes piedra a piedra y lanzarlas una a una contra el cielo para que alguno de ellos se diera cuenta de que aquí abajo tiene obligaciones (p. 31).

Esta contradicción de una mujer católica que adora a Dios, pero le interpela y le reclama, ha sido señalada por diversos autores. Thomas Bernhard se interesó por la poesía de Lavant y editó en 1987 una selección de su obra. Esta refleja, según Bernhard, que "hasta su muerte no encontró paz ni tranquilidad y en su existencia se atormentó a sí misma y fue destruida y traicionada por su fe católica cristiana; es el testimonio elemental de un ser humano revuelto por todos los espíritus celestiales". En un sentido similar, aunque profundizando más en una vertiente de disidencia mística, Giusi Drago (2016) asegura:

La poesía de Christine Lavant es rebelde y blasfema: nunca renuncia a preguntarle a Dios, provocándolo tanto que puede ser comparada, por la naturaleza combativa de su fe, con Hildegarda de Bingen o Teresa de Ávila. Su relación con lo divino está atravesada por una ambivalencia extrema: invoca a Dios y al mismo tiempo se vuelve contra él.

Hildegarda de Bingen es, sin duda, una figura fascinante que ejerció una notable influencia desde las abadías alemanas de la Baja Edad

Media. Toda su obra está narrada como un relato de sus propias visiones, como si la inspiración divina la asistiera en todo momento. Cabe preguntarse si se trataba de visiones proféticas, místicas o alucinatorias, pero también podría pensarse en una hábil estrategia de una mujer culta en un mundo de hombres que recurre a una forma de expresión alegórica o metafórica (no escribe ella, sino Dios a través de ella) para justificar un carisma difícilmente aceptable en una mujer (Cirlot, 2005; Carpinello, 2006). En cuanto a Teresa de Ávila, un exhaustivo trabajo de Mònica Balltondre (2012) ha analizado sus experiencias místicas (éxtasis, visiones, etc.) desde la propia subjetividad de la monja carmelita. No creo que la comparación de Christine Lavant con estas dos "madres" y doctoras de la Iglesia resulte muy exacta salvo de una manera muy simbólica: mujeres que escriben en un mundo de hombres y de cuyo estado mental se puede llegar a dudar.

Las otras locas

Hasta aquí, hemos analizado testimonios de mujeres locas que fueron escritoras o intelectuales reconocidas. No cabe duda de que su fama o su prestigio como artistas han contribuido a una cierta visibilidad de lo que supone ser una mujer psiquiatrizada, pero, como es lógico, la gran mayoría de las mujeres que caen bajo la jurisdicción de la medicina mental no fueron novelistas ni poetas. Muy pocas tuvieron la posibilidad de dejar por escrito sus experiencias salvo en aquellos casos en los que haya sido posible identificar otras fuentes, a las que ya hemos recurrido con frecuencia en este ensayo, procedentes de mujeres anónimas que desde las instituciones manicomiales escribieron cartas a destinatarios concretos, pero sin ánimo de que fueran publicadas ni leídas por más gente. Los dos casos que se exponen a continuación corresponden a las misivas de dos mujeres ingresadas en el antiguo Manicomio de Leganés (próximo a Madrid), y me parece que ilustran, una vez más, hasta qué punto ser mujer y estar loca marcó un itinerario vital y un destino.

‘Usted habrá observado que yo no estoy loca’

Manuela ingresó en el manicomio de Santa Isabel de Leganés el 16 de junio de 1935, a los 54 años. Llegaba trasladada del Sanatorio Esquerdo con un diagnóstico de “paranoia parcial”. En su historia clínica se describe su carácter como “perezoso y retraído”, pero con una “afectividad exaltada”. Los médicos de Leganés relatan en su historia clínica un trastorno de cuatro años de evolución con “delirio de persecución de fondo erótico con desviación de su marido por considerarle impotente dirigiendo sus entusiasmos amorosos hacia un padre franciscano (¿su confesor?)”[5]. Dos de las

cartas que se conservan en su expediente clínico está dirigidas, precisamente, a este fraile franciscano, su "queridísimo Federico", por quien siente verdadera devoción, pero al que manifiesta también sus celos y su desconfianza: "yo no puedo estar aquí […] estoy herida y arañada por tus compañeras […] y tú a lo mejor te vistes de seglar y te diviertes con la Dolores y yo en la higuera aquí, pasando toda clase de tormentos".

Este breve párrafo es interesante porque viene a resumir varios elementos comunes a muchas cartas. En primer lugar, la sensación de no pertenencia: "yo no puedo estar aquí", ilustra esa sensación de paratopía, de ubicación paradójica a la que me he referido con más detalle en el capítulo anterior. En segundo lugar, la situación de indefensión y maltrato en el interior del manicomio, así como el poder ejercido por las monjas y su papel coercitivo como cuidadoras/controladoras. Las Hijas de la Caridad, que fueron objeto de numerosas críticas, aunque también de algunas alabanzas, cubrieron durante muchos años la escasez de personal cualificado en la institución (Villasante y Tierno, 2017). Finalmente, en tercer lugar, el reproche, los celos y la sensación de abandono que, como se verá, también es muy habitual en la mayoría de las cartas.

De las tres cartas que se conservan de Manuela en su expediente, dos están dirigidas a su querido Federico, ese sacerdote objeto de su deseo sin que lleguemos a saber si fue un amante real, un amor imposible o el protagonista de un delirio erotómano. Sin embargo, la tercera carta tiene como destinatario a Aurelio Mendiguchia Carriche, quien en aquel momento era el médico responsable del departamento de mujeres del Manicomio de Santa Isabel, donde la paciente estaba ingresada. En dicha misiva puede detectarse de manera muy clara el intento de negociación de la interna. Comenzando con una fórmula epistolar más o menos codificada, la manera de dirigirse al facultativo es muy respetuosa, consciente del poder que ejerce sobre ella: "Siento mucho tener que molestar a usted, pero no teniendo a quien pedirle ese favor recurro a usted por ser el médico del establecimiento y juzgarle un caballero pues yo creo que de usted depende mucho o quizás todo de mi salida".

A continuación, Manuela expone numerosas quejas sobre las condiciones de vida en el interior del establecimiento: "La mayoría

de las veces que vamos a lavarnos no hay agua […] los retretes huelen muy mal […] esto está lleno de ratones […] los vasos no los friegan, los secan con un paño que luego secan los demás cacharros que a veces están más negros que mi bata".

Como hemos visto en un capítulo anterior, descripciones similares, más o menos descarnadas, aparecen con frecuencia en los escritos de las internas y los internos.

Un último argumento utilizado por Manuela en su intento de comunicarse con el facultativo jefe tiene que ver con su propio estado mental: "Usted habrá observado que yo no estoy enferma, pero claro se me trata como a una enferma o peor porque en estos sitios no les gustan que estén más que las que están enfermas".

Vemos, pues, cómo esta mujer no solo se lamenta de las penosas condiciones en las que transcurre su vida en la institución, sino que —en otro nivel discursivo— confía en la sagacidad clínica del médico y, quizá buscando una cierta complicidad, le espeta: "Usted habrá observado que yo no estoy enferma". Se trata de una expresión que, formulada de un modo u otro, aparece de manera repetida en los escritos de las pacientes. Como he indicado en otro lugar (Huertas, 2016), la locución "Usted habrá observado que yo no estoy loca" representa por sí sola un intento de negociación, comunica a la perfección la ansiedad de la víctima, transmite la emoción del desconcierto y de la espera; supone la negación de su presunta condición de loca, la resistencia vacilante e indecisa ante la locura como destino; sugiere, en definitiva, la agitación interna de una mujer que se siente indefensa ante la autoridad del experto, pero también ante sí misma. "Usted habrá observado que yo no estoy loca" es un enunciado asertivo que no tiene por qué significar convicción, pues en el fondo demanda una respuesta mientras cede a la duda y al deseo.

Manuela permaneció tres años en el manicomio sin que nadie fuera a buscarla y sin que nadie dudara de su locura. Murió a causa de una enfermedad renal y su alta hospitalaria fue por defunción.

'¿Tú sabes lo que es un manicomio?'

Adela ingresó a instancias de su marido en agosto de 1944. En su historia clínica aparece anotado que se trataba de una mujer "muy ligera en todas sus cosas, alegre, caprichosa, comunicativa, poco seria en sus apreciaciones…". Casada a los 19 años, al comienzo de su matrimonio "administraba bien su casa", pero en 1934, estando embarazada de su segundo hijo (llegó a tener cinco), comenzó con dolores en la región ovárica para los que su marido, que era farmacéutico, le administró morfina induciendo una drogadicción que deterioró mucho su vida y su convivencia. Según su marido, derrochaba dinero y mentía "descaradamente". Tras algún ingreso breve en el Sanatorio Doctor León, en Madrid, ingresó finalmente en Leganés con el diagnóstico de "toxicomanía y personalidad psicopática". Adela siempre consideró su internamiento injusto e innecesario, y así lo hizo constar en las cartas que escribió a su marido en las que la preocupación por sus hijos domina sobre cualquier otra consideración: "Lo único que no cambia por más esfuerzo que hago, es el pensamiento que lo tengo fijo, obsesionado en nuestros hijos, nuestros, Antonio, tuyos y míos, pero sobre todo, mi Rafaelín, ese es mi mayor martirio. ¿Cómo están?, ¿y qué toma el niño?". Y en una carta posterior: "Escríbeme enseguida y dime de nuestros hijos, ¿quién cuida a Rafaelín?, ¿quién hace las trenzas de mis niñas?, ¿y el brazo de Pepín?, ¿estudia Antonio? Los tengo clavados en mi alma a los cinco y a ti".

Esta preocupación por sus hijos domina el sufrimiento de Adela —que siempre firma sus cartas como Lilí— y modula sus protestas y sus intentos de negociación. El sentimiento de culpa y el anhelo de perdón quedan patentes cuando escribe:

Antonio de mi vida: esta es la segunda que te escribo y aunque sé que es muy pronto para que creas en mi pesar y arrepentimiento. Te suplico por tus hijos que me creas. No voy a pedirte que vengas por mí de ninguna manera, porque mi vergüenza por lo ocurrido es cierta, quiero cumplir el castigo que tú me impongas.

[…] Sé que he sido ligera y quizás algo peor por lo que todo me condena, pero recuerda las horas felices de nuestro común amor,

piensa en nuestros hijos y perdóname.

Aunque la culpa y el arrepentimiento dejan paso a la demanda y al reproche:

Anúlame de tu vida, pero ¡por Dios! Déjame al lado de mis hijos. Déjame cuidar nuestra casa y atenderlos a ellos, que tú bien sabes que eso siempre lo hice con esmero. ¡Antonio! Por la Virgen, ¿tú sabes dónde me has enviado?, ¿tú tienes idea siquiera lo que es un manicomio? No; tú no lo sabes, no es posible que, si así fuese, me hubieses traído aquí, que a mí aunque ya no me quieras, soy la madre de tus cinco hijos, y tú sabes lo que yo te quiero. […] si no vienes pronto, acabaré solo Dios sabe cómo. No te hagas de piedra y ten compasión de tu desgraciada mujer, que solo quiere a sus hijos.

Se trata de una escritura íntima en la que subyace, entre otras cosas, un fuerte anhelo de respuesta. Manuela, según hemos visto, esperaba de su queridísimo Federico una respuesta, al igual que Adela (Lilí) la espera de Antonio. Una respuesta de liberación, de rescate, pero también una muestra de amor. Sabemos que sus cartas nunca llegaron a su destino, pues se archivaron junto a su historia clínica, así que la esperada respuesta jamás llegó, al menos de manera efectiva, porque lo que sí obtuvieron las demandantes fueron réplicas silenciosas de abandono y desamor.

Por eso las reacciones estentóreas, cargadas de desconfianza o rencor, son más que explicables, con independencia del estado mental de las pacientes, y por eso los intentos de negociación acaban convirtiéndose en verdaderas expresiones de resistencia. Como acabamos de ver, Lilí le pregunta a su marido, a modo de reproche: “¿Tú sabes a dónde me has enviado?”. Tiene claro que su marido es el responsable de su ingreso —de su encierro—, y no duda en echárselo en cara, en manifestar su desconcierto y su disgusto, tal como queda reflejado por otros muchos pacientes, lo que demuestra, al igual que en otros lugares (Prestwich, 1994), el

importante papel de las familias en la decisión de internamiento psiquiátrico.

En esa búsqueda de respuestas que nunca llegan, Lilí escribe a un amigo de la familia en el intento de que interceda por ella de algún modo. En esta ocasión el escrito no es tan íntimo como el dirigido a su marido, pero la preocupación por sus hijos sigue dominando su súplica:

Nadie ha venido a verme, y no solo eso, sino que no han sido capaces ni de darme noticias de mis hijos. ¿Cómo están, y mi niño quién lo cría y lo cuida?; ¿pregunta por mí Mari Tere?; ¿los otros se acuerdan de su desgraciada mamá?; ¿tiene Pepín el brazo mejor? Me paso el día y la noche con la única obsesión de ellos y más de Rafaelín ¿con tres meses? Usted sabe que no me separaba nunca de él y ahora yo sé que acabaré loca.

Además de confirmar la preocupación por sus hijos, este párrafo nos ofrece información adicional de gran interés. La mujer está convencida de que no padece ninguna enfermedad mental pero tiene conciencia del riesgo que entraña para su salud estar confinada en un manicomio separada de sus hijos: "…yo sé que acabaré loca". Asimismo, nos enteramos de que su hijo pequeño tiene alrededor de tres meses de vida y que el ingreso manicomial fue inmediatamente posterior al parto, lo que corrobora la propia paciente cuando afirma, en esta misma carta, "tener los pechos llenos de leche y poderla sacar". La declaración resulta sobrecogedora, pues al abandono, a la falta de respuesta, al encierro, se añade ahora la pérdida que la mujer siente porque le han arrebatado a su hijo recién nacido.

Las condiciones de vida en el interior del establecimiento psiquiátrico quedan patentes también en esta última carta, en la que describe "un sitio de pesadilla" en el que no hay agua, se come mal y se padece física y psíquicamente:

Una colitis enorme, con unos dolores horribles, el pecho enfermo, mi estado moral, y por encima de la falta de todo cuanto tenía en casa un trato que ni las fieras, pues aun teniendo fiebre […] no se puede estar en la cama, lo único tumbarse en un patio que es un propio barrizo de cerdos. ¿Se imagina el cuadro? No, de ninguna manera, una cosa es contarlo y otra pasarlo.

Y retorna aquí la idea de que desde fuera es imposible imaginar el horror del interior, por eso insistía en la carta a su marido: "¿tú sabes dónde me has enviado?; ¿tú no sabes lo que es un manicomio?", e, incluso, refiriéndose de nuevo a su marido, advierte en esta última que: "Él no debe saber lo que es esto".

Súplicas, lamentos, relatos pavorosos que muestran indefensión y extrañamiento. Sin embargo, en el expediente de Lilí se ha podido encontrar un documento excepcional que ilustra la reacción de rabia y resentimiento hacia su marido y que es, probablemente, uno de los mejores ejemplos que pueden encontrarse de resistencia de una paciente ante su situación en el manicomio. No es una carta sino la letra de una canción anotada en una cuartilla en cuyo margen superior aparece escrito: "música de Tatuaje". Como se sabe, Tatuaje fue una copla compuesta por Xandro Valerio, Rafael de León y Manuel Quiroga en 1941 que, interpretada por Concha Piquer, llegó a hacerse una de las más famosas de su repertorio. Sus primeras estrofas dicen así:

Él vino en un barco,

de nombre extranjero,

Lo encontré en el puerto un anochecer,

cuando el blanco faro

sobre los veleros

su beso de plata dejaba caer.

Era hermoso y rubio como la cerveza,

el pecho tatuado con un corazón,

en su voz amarga, había la tristeza

doliente y cansada del acordeón…

Resulta muy obvio que Lilí proponía cantar su canción con la melodía de Tatuaje. Una canción cuya letra completa reproducimos a continuación:

Me metió en un taxi,

entre dos loqueros,

y dijo: ¡arreando hacia Leganés!

Mas por si las moscas,

mi adorado esposo,

a venir conmigo no se atrevió él.

Y vine rabiando, gimiendo y llorosa,

hasta que por fin llegamos al portal,

y al verme el portero y otros empleados,

dijeron a coro: ¡una loca más!

Y voy por el pasillo

Siempre del costurero al comedor.

Del comedor al costurero

pero sin dar un tropezón.

D. Manuel ¡ay!,

D. Aurelio que me lo traigan por favor,

¡ay! D. Aurelio que me lo traigan de Madrid,

pero en un taxi y con loqueros lo mismo que él me trajo a mí.

A poco que la lectora o el lector se esfuerce, no le resultará difícil tararear el texto precedente al compás de la melodía de la famosa copla.

La letra de tan peculiar canción nos ofrece datos de las circunstancias de su internamiento, de las horas pasadas en el costurero, tal vez como forma de laborterapia, pero sobre todo nos muestra la resistencia de una mujer que no se rinde, que hace responsable a su marido de su encierro y que lo manifiesta con un ingenio y una creatividad que me parecen fuera de toda duda.

Tatuaje era una copla muy célebre en la época en la que Lilí permaneció ingresada en el manicomio, por lo que no es de extrañar que sus propios gustos musicales inspirasen la composición de su canción. Sin embargo, la copla, en plena posguerra española, representa mucho más. Era, por supuesto, un género musical popular y pegadizo, pero sirvió también, tal como ha puesto de manifiesto la hispanista Stephanie Sieburth (2011, 2016), como vehículo del dolor y la resistencia del vencido. Cantar y escuchar coplas en los años cuarenta contribuyó, según esta autora, a que los vencidos de la Guerra Civil pudieran no solo elaborar el duelo por los ausentes —fusilados, represaliados, exiliados—, sino sobrellevar el terror e ir recuperando, poco a poco, su dignidad personal.

No me parece demasiado arriesgado establecer paralelismos entre esta manera de interpretar la función de las coplas en la posguerra y la variante creada por Lilí. La protagonista de esta versión aparece como una mujer vencida, encerrada, dominada, que a pesar de todo no se rinde, se rebela contra su destino y, de manera particular, contra el marido que la dejó a su suerte en el manicomio. Resistir como estrategia de vida, ironizar como defensa, cantar para espantar las penas.

Si comparamos los contenidos de las cartas de Adela/Lilí con el texto de la canción, el cambio de registro resulta muy evidente. Las primeras son cartas de súplica, en las que acepta su condición absolutamente subalterna frente al marido, al que pide perdón y ruega por sus hijos; el texto de su canción muestra rebelión, resistencia, orgullo. El rito de humillación que revelan las cartas se transforma en acto de autoafirmación, de recuperación de la identidad frente al otro.

Un cambio de actitud que resulta enormemente interesante, y por demás esclarecedor, cuando en la historia clínica descubrimos que Adela/Lilí estuvo ingresada en el Manicomio de Leganés durante un año. Un periodo de estancia muy corto en comparación con los muchos años que permanecían institucionalizadas la mayoría de las pacientes. Claro que las circunstancias de su alta resultan peculiares pues, tras concedérsele una licencia de salida de tres meses, la paciente no volvió, siendo dada de alta definitivamente en mayo de 1945: ¿contó con los apoyos necesarios para no regresar?, ¿obtuvo una "mejoría clínica" tan notable que se retiró la recomendación de seguir ingresada?, ¿rompió la disciplina institucional y "escapó" de su destino? Con los datos disponibles no resulta posible saberlo, pero una última carta, dirigida a otro amigo de su familia, nos muestra, una vez más, cómo las estrategias de negociación se van sucediendo:

… te suplico que en cuanto recibas esta vengas a verme […] para mí sería un bien tan grande, que me ayudase a resignarme con mi suerte […] te darás cuenta de mi pena infinita, más que por mí, por encontrarme separada de mis hijos […] las hermanas me tratan con mucho cariño […] Por Dios ven que yo pueda verte y consolarme un poco. Te espera ansiosa, Lilí.

Lo interesante de esta última carta es que hay una posdata que dice: "Esta la escribo con la autorización de la superiora quien sabe que eres un buen amigo nuestro". La carta no parece que llegara a ser enviada, pero ¿sería posible que la lúcida escritura de Lilí hubiera contribuido a la concesión de la licencia de salida?, ¿la escritura

como salvación no de la propia locura sino del encierro manicomial?

Las cartas de estas dos pacientes —Manuela y Adela/Lilí— no son más que dos ejemplos que nos permiten llegar a conclusiones generales sobre la locura escrita, sobre la vida cotidiana en el interior de un manicomio, y sobre lo que significaba ser mujer y estar loca (o ser considerada como tal). Una condición que puede encontrarse también en otras instituciones (Molinari, 2005; Martínez Renata, 2019).

Ser mujer y estar loca supone, ya lo hemos dicho, una doble condición subalterna. También podemos afirmar que nuestra sociedad tiende a concebir la locura como algo esencialmente femenino, una feminización de la locura que tiene lugar incluso cuando esta es experimentada por hombres. A los hombres locos se les otorga, en no pocas ocasiones, atributos relacionados tradicionalmente con lo femenino, como irracionalidad, visceralidad, etc., y se los conduce a terrenos ocupados históricamente por mujeres: el silencio y la sumisión (García Puig, 2019: 17). Frente a ese silencio y esa sumisión surgen, como hemos visto, intentos de negociación y resistencia que, cuando son considerados en términos colectivos se convierten en activismo. Un activismo en primera persona que, como veremos en los siguientes capítulos, coincide y se retroalimenta con el movimiento feminista y con la defensa de los derechos humanos y civiles. Los casos de Kate Millett y de Judi Chamberlin resultan especialmente paradigmáticos.

Capítulo 5

Estar loca y ser activista

Introducción: Kate Millett

Como es bien sabido, Kate Millett es un referente indiscutible del feminismo que comenzó a desarrollarse a partir de los años sesenta y setenta del siglo XX (Puleo, 1994). Su libro Sexual Politics (1970), basado en su tesis doctoral, se ha convertido en un clásico de la segunda ola del movimiento feminista. Aunque hay una edición en castellano editada por Cátedra (2010), fue la mexicana de Aguilar de 1975 la que, junto a otras lecturas "obligatorias" y no siempre bien asimiladas, nos introdujo en una manera de pensar la realidad desde una perspectiva crítica. Los estructuralismos de Nicos Poulantzas o de Louis Althusser (este último versionado con desigual fortuna por Marta Harnecker), o los conceptos de hegemonía y de subalternidad de Antonio Gramsci, entre otros, fueron importantes para una generación que pretendía participar y ser artífice de cambios sociales y políticos; pero la Política Sexual de Kate Millett nos hizo ver, además, que el patriarcado es un sistema de dominación que regula la relación de poder entre los sexos. La conocida consigna feminista "lo personal es político" se hizo muy popular a partir de un conocido y muy citado texto de Carol Hanisch (1970) y ha suscitado análisis y desarrollos interesantes (Puleo, 2005), siendo utilizado por diversas autoras feministas como Betty Friedan (Oliver, 2008) o como la propia Kate Millett, cuando advierte de la necesidad de un análisis profundo de las consecuencias psicológicas que genera el patriarcado en función de la aceptación o no de la dominación masculina y de la interiorización o no de la opresión. Como ha indicado Sara Harrison (2016), es a partir de este análisis en torno a la subjetividad de las mujeres cuando desde el feminismo se empezó a incorporar la crítica a la violencia psiquiátrica dando lugar a una producción nada desdeñable que ha relacionado la locura en las mujeres con la expresión del descontento, la rebeldía o las resistencias ante la opresión del patriarcado (Busfield, 1988), pero que también ha denunciado a la psiquiatría y a las disciplinas psi como instrumentos de patologización y control social de las mujeres (Wright y Owen, 2001; Castillo Parada, 2019).

Sin embargo, las aportaciones teóricas de Millett, siendo importantes, no nos pueden hacer olvidar que ella misma fue víctima de la violencia psiquiátrica al ser ingresada y medicada contra su voluntad en varios manicomios —en Estados Unidos y en Irlanda— con el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Viaje al manicomio (The Loony Bin Trip), escrita a lo largo de los años ochenta y publicada en 1990, relata su experiencia en primera persona y constituye un documento de indudable valor para reflexionar desde el punto de vista del "sobreviviente" de la psiquiatría. Diversas autoras han considerado esta obra de Millett desde la perspectiva del activismo antipsiquiátrico y el feminismo (Weiner, 2005), o han destacado la tensión existente entre teoría y experiencia, entre su condición de reconocida especialista de las relaciones de género y defensora de los derechos humanos y su necesidad de dar testimonio de su internamiento psiquiátrico (Caminero-Santangelo, 1998; Hubert, 2002). En una reciente reseña de la edición castellana, Rebeca G. Ibáñez (2019), publicada en Mad in América para el mundo hispanohablante comenzaba afirmando: "Hablar de ser mujer y estar loca, de su lenguaje y significado, del contexto, y de las estrategias que tiene el poder para manejarla: así, grosso modo, podría definirse el texto que nos presenta Kate Millett".

En este sentido, leída hoy, pienso que merece la pena destacar la importancia histórica de Viaje al manicomio, una obra especialmente susceptible, en mi opinión, de ser analizada desde el marco teórico expuesto en el primer capítulo, desde lo que la historiografía médica ha dado en llamar "el punto de vista del paciente" y desde las claves que nos ofrecen los estudios culturales y, de manera específica, los Mad Studies.

Mi objetivo en este capítulo es analizar los contenidos de Viaje al manicomio desde las perspectivas señaladas en el intento de recuperar la poderosa narrativa autobiográfica de Millett en su relación con la locura, con su propia locura. Se trata de una experiencia individual, *sí*, pero similar a la de otras muchas personas sometidas a encierro o a tratamientos involuntarios. El libro tiene una dedicatoria: "Para los que han estado ahí", que resume su vocación de ser compartido y su voluntad de convertir una experiencia individual en colectiva. Escritura de denuncia y

resistencia, de activismo, pero también un relato introspectivo y terapéutico. Una obra poliédrica, en suma, que puede considerarse, a mi juicio, un clásico de la literatura autobiográfica del sufrimiento psíquico.

Ingresos manicomiales

Viaje al manicomio arranca en 1980 cuando Kate Millett, profesora, fotógrafa y escultora, y su compañera sentimental Sophie Keir se habían instalado en el campo con la idea de crear una comunidad de jóvenes mujeres artistas. Se identifica entonces un episodio de emociones extremas, de gran euforia y de comportamientos intensos y poco calculados que llevan a Kate a derroches económicos y a dificultades de relación con su pareja y con sus pupilas. Averiguamos entonces que hacía siete años había tenido un ingreso psiquiátrico, que fue diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva y tratada con litio. Se atribuye su estado actual a que ha dejado de tomar la medicación, de modo que, con estos antecedentes, su comportamiento y su estado de ánimo generan desconfianzas y reproches que hacen que Kate se sienta cada vez más acosada. Ante el temor a un nuevo ingreso se siente muy amenazada por su hermana y su madre, lo que da pie para relatar la experiencia de su primer internamiento en 1973. En esa época, Kate Millett ya era una intelectual muy reconocida: tres años antes había publicado su Sexual Politics y había sido portada de la revista Time. Impartía docencia en Berkeley y trabajaba de manera denodada (muchas horas, sin apenas dormir y con mucha tensión) para liberar a un activista de derechos humanos en Trinidad acusado de asesinato. En esta situación sufrió, según ella misma explica, un episodio de pérdida de contacto con la realidad, gran nerviosismo y confusión y dificultades de la expresión hablada, que se tornó balbuceante e incoherente. Por este motivo fue ingresada primero en el Highland Hospital de Oakland, desde donde fue trasladada al Herrick en Berkeley y, posteriormente, al Hospital Estatal de Napa. Kate comenta las condiciones de estos traslados: "la camilla a la que me atan para ir del Highland al Herrick, en California, tendida boca abajo" (p. 104)[6].

En repetidas ocasiones a lo largo del texto se insiste en que "la hospitalización forzosa está prohibida por ley" (p. 90). La ley de California de 1969 permitía que los pacientes mentales fueran retenidos y observados de manera involuntaria durante 72 horas,

solo si suponían un peligro para otros o para sí mismos o no pudieran alimentarse o vestirse. Esta reclusión podía prolongarse catorce días si no hubiera mejoría y siempre que un juez así lo determinase (Iwata, 1990). Según relata Millett, su ingreso involuntario duró diez días (sin autorización judicial) y fue dada de alta tras firmar a regañadientes un documento declarando que era una paciente voluntaria que reconoció que necesitaba tratamiento. Las consecuencias de este primer episodio fueron demoledoras: "en el plazo de una semana perdí marido y casa" (p. 316).

Unos meses más tarde fue a visitar a su madre, quien la recluyó en una clínica mental de Minnesota de donde fue liberada a las dos semanas gracias a las gestiones de Donald Hefferman, un abogado de derechos civiles. Parece que el caso ayudó a reformar la ley del Estado, que terminó contemplando que los pacientes mentales ingresados tuvieran derecho a una audiencia de compromiso (Iwata, 1990).

Siete años más tarde, tras el episodio en la comunidad de artistas, Millett regresó a su casa de Manhattan donde fue visitada por su hermana y varios amigos que, acompañados de una psiquiatra "amiga", la presionaron para que ingresara de nuevo. Son muy interesantes las páginas dedicadas a la pugna dialéctica que se mantiene. Ante el argumento de la psiquiatra de que no debe ponerse nerviosa ni a la defensiva porque solo han venido a ayudar, Millett responde: "Cuando a una la llaman loca muchas veces, acaba poniéndose a la defensiva. Comprenderá que encerrar a alguien es muy ofensivo: de hecho, es una agresión" (p. 236), pero además insiste: "no creo que podáis obligarme a ingresar en un hospital sin violar mis derechos civiles" (p. 255). El episodio concreto que la autora narra es curioso y pienso que poco habitual: el concurso de un policía que se pone de su parte hace que el personal de la ambulancia que ha acudido para llevarla al hospital psiquiátrico renuncie a hacerlo. Cuando queda claro que el ingreso no es voluntario, "el ambulanciero sabe que esa es la mejor baza: una paciente involuntaria que conoce la ley y un agente para hacerla cumplir. Se echa atrás" (p. 269).

Pero Millett es consciente de que ha tenido suerte, de que su peripecia individual no puede generalizarse. Ante la frustración de

la psiquiatra por no haber conseguido su propósito, contesta: “Esta vez no lo ha conseguido, pero ¿cuántas personas tienen la suerte de tener a un policía bueno a su lado como yo? La mayoría no saben siquiera que pueden llamar a la policía. Yo he tardado mucho en aprender. La captura suele ser tan rápida que casi nunca hay ocasión. Yo solo he tenido suerte” (p. 271).

En otoño de 1980 Millett viajó a Irlanda, donde tuvo lugar su segundo ingreso psiquiátrico. La primera huelga de hambre de los presos del IRA en las cárceles británicas en el marco del conflicto de Irlanda del Norte se inició el 27 de octubre de 1980, y Kate Millett se apresuró a trasladarse a este país para apoyar a los huelguistas y denunciar las torturas a los presos políticos. Cuando iba a regresar a Estados Unidos, fue detenida por la policía en el aeropuerto de Shannon y, aunque en un principio Millett atribuyó esta detención a sus actividades políticas, termina relatando su estado de agitación y su preocupación extrema por haber perdido una cámara fotográfica en un taxi. Fue ingresada en el Our Lady’s Hospital de Ennis, en el condado de Clare, al oeste de Irlanda. La experiencia de este internamiento es la que con más claridad y extensión aparece descrita en Viaje al manicomio.

Finalmente, fue dada de alta como consecuencia de la actuación de un grupo de feministas irlandesas y de un político local. Es decir, también en esta ocasión parece obvio que Kate Millett se benefició de ser una mujer conocida y respetada en determinados ámbitos, como el académico, el feminista, el de la defensa de los derechos civiles y humanos, etc., lo que le permitió tener contactos y recursos que hicieron posible impugnar su secuestración. Circunstancia y oportunidad con la que no contaron otras muchas personas que sufrieron ingresos psiquiátricos prolongados.

A su vuelta a Estados Unidos se instaló en Nueva York, retomó el tratamiento con litio, al menos de manera momentánea, y ya no volvió a tener más ingresos. En todo caso, su experiencia como “sobreviviente” de la psiquiatría y su gran capacidad analítica le permitieron hacer una serie de reflexiones en torno al manicomio como institución y a los tratamientos psiquiátricos que merece la pena destacar.

El manicomio como institución total

"Las luces que se encienden o se apagan, el desplazamiento en masa del dormitorio a la sala de estar, los gritos de las enfermeras que señalan la hora de levantarse y de hacerse la cama para la inspección. Es la hora de asearse o de tomar las pastillas, es la hora de acostarse de nuevo" (p. 364). Esta descripción de la rutina manicomial recuerda en la práctica a las teorizaciones de Goffman y de Foucault. El primero formuló en 1961 la categoría de institución total, definiéndola, tal como ya hemos hecho en un capítulo anterior, pero conviene repetir aquí, como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1961). Por su parte, Michel Foucault, hablando de los mecanismos disciplinarios puestos en marcha en esas instituciones totales, nos explica en Vigilar y castigar que: "El empleo del tiempo es una vieja herencia. Las comunidades monásticas habían, sin duda, sugerido un modelo estricto. Rápidamente se difundió. Sus tres procedimientos, establecer ritmos, obligar a actuaciones determinadas, regular ciclos de repetición, coincidieron muy pronto en los colegios, los talleres y los hospitales" (Foucault, [1975] 1984: 53).

Como se sabe, Erving Goffman fue un muy prestigioso representante de la escuela sociológica de Chicago y un autor muy leído en los campus universitarios norteamericanos, como el de Berkeley, por lo que es muy posible que Millett conociese su obra. No podemos asegurar que fuera lectora de Foucault, aunque es fácil suponerlo en una intelectual crítica como ella. En todo caso, eso sería lo de menos; lo que resulta, a mi juicio, interesante es la coincidencia de narrativas. Tanto Goffman, como Foucault o como Millet, son referentes, en ámbitos distintos, de un pensamiento crítico desarrollado en los años sesenta y setenta. La diferencia, en este caso, es que los dos primeros teorizan sobre una situación que es

vivida en persona, y sufrida, por la tercera.

La capacidad de Millett para teorizar sobre el manicomio está fuera de toda duda cuando reflexiona en torno a su naturaleza:

El mismo manicomio es una insensatez, una anomalía, un cautiverio aterrador, una privación irracional de todas las necesidades humanas; conservar la razón dentro de un lugar así supone una lucha abrumadora […] El mismo propósito del manicomio y lo que todo el mundo entiende por ese término afirma la locura. Permanecer cuerdo en un manicomio es desafiar su definición (p. 351).

Este breve párrafo resulta especialmente significativo por la cantidad de ideas que contiene. No solo porque pone en duda la capacidad terapéutica del establecimiento psiquiátrico, sino porque considera que es el propio manicomio el que genera locura y cronicidad. El manicomio produce y afirma la locura, provoca justo lo que pretende corregir. Es una anomalía, tal como afirma Millett, pues su resultado final se aleja de su propósito inicial. Se trata de una paradoja que ha sido señalada en repetidas ocasiones, pero en este momento me parece oportuno recordar dos brillantes contribuciones a esta crítica manicomial porque ambas aparecieron a comienzos de la década de los setenta, coincidiendo con el primer ingreso de Kate Millett. La primera procede de la pluma del psiquiatra e historiador francés Georges Lantéri-Laura (1972), quien publicó un artículo sobre la cronicidad en psiquiatría en el que se explicaba cómo, desde el siglo XIX, las necesidades económicas y de abastecimiento de los manicomios motivaron que muchas personas internadas permanecieran durante largo tiempo en la institución con el fin de aprovechar sus habilidades "técnicas" para sacar adelante la producción de los talleres o las granjas. Las estancias breves resultaban poco rentables y la cronicidad, sin serlo necesariamente, se convirtió en una de las características esenciales de la psiquiatría. La segunda proviene de la literatura; en el cuento de Gabriel García Márquez Solo vine a hablar por teléfono (1974)[7] una mujer es encerrada en un manicomio por un malentendido, al

ser tomada por una interna: nadie la escucha, nadie la cree y es sometida a la disciplina manicomial. El resultado es que al cabo del tiempo termina con un serio e invalidante sufrimiento mental. Permanecer cuerdo en el manicomio es, en efecto, parafraseando a Kate Millett, desafiar su definición, pues "el encierro empieza a apoderarse de la mente, de tu cuerpo, estás marcada" (p. 151), porque "el lugar está construido para que te rindas" (p. 337).

Los paralelismos entre cárcel y manicomio, tantas veces apuntados (Donzelot 1981), son también establecidos por Millett de manera contundente, tanto en su propia vivencia: "estoy en su calabozo, en su cárcel" (p. 357), como en aspectos más analíticos. El manicomio se diferencia de la prisión en su posibilidad de ser ignorado, de quedar al margen: "[el manicomio] es un secreto demasiado íntimo y vergonzoso que suele guardarse" (p. 371) y, precisamente, ese ocultamiento permite el olvido y favorece la muerte social. Como hemos indicado alguna vez (Huertas, 2008), de la cárcel se puede salir tras cumplir una condena, del manicomio se puede no salir nunca; así lo siente Millett cuando se pregunta: "¿…prisionera tal vez para el resto de tu vida?, ¿tanto daño puede hacer un pensamiento grotesco?" (p. 373). Y continúa afirmando:

Al no haber cometido ningún delito, en el plazo de un juicio rutinario de cinco minutos —drogado e incapaz incluso de comprender el procedimiento, y sin un abogado siquiera de su elección— puede perder la libertad durante un periodo indeterminado, incluso para toda la vida. Sin el derecho a rechazar el "tratamiento", un ser humano está indefenso ante tal proceso (p. 500).

Finalmente, Millett llega a asimilar el funcionamiento del manicomio con "la mecánica de un campo de concentración" (p. 385), lo que recuerda a Franco y Franca Basaglia, lectores de Primo Levi, cuando hacen la misma comparación (Basaglia y Basaglia Ongaro, 1966).

Parece evidente que el relato en primera persona de Kate Millett

viene a confirmar “desde dentro” las críticas al manicomio que tanta importancia tuvieron en la contracultura y en el pensamiento crítico de los años sesenta y setenta, pero más allá de la institución total como espacio cerrado de segregación, Viaje al manicomio aporta su particular visión de los tratamientos psiquiátricos.

¿Terapia o castigo?

Los tratamientos psiquiátricos han pivotado siempre entre una función terapéutica y otra de defensa social, desde el trato humanitario y filantrópico a la coerción y el castigo. La consideración del loco y la loca como personas "enfermas" y "peligrosas" permitió configurar para la psiquiatría un estatuto de "prestación especial" en el que los límites entre el tratamiento médico y la acción represiva quedaron con frecuencia muy difuminados. "La locura será castigada incluso si es inocente en el exterior" (Foucault, 1967, t. I: 251).

La estrecha relación entre terapia y castigo, presente ya en los tiempos del tratamiento moral (Huertas, 2005), alcanza una especial significación con la llegada de los tratamientos de choque (Huertas, 2017a). En 1946, Mary Jane Ward publicó una novela titulada Nido de víboras (The Snake Pit), en la que narraba su propia experiencia como interna en el Rockland Psychiatric Center (condado de Orangeburg, estado de Nueva York). Dos años más tarde, Anatole Litvak llevó a la pantalla una adaptación cinematográfica, protagonizada por Olivia de Havilland, que se convirtió en uno de los clásicos del "cine de manicomios" (Ferrer et al., 2006). En un momento dado, dicha protagonista, a la que se le va a aplicar la primera sesión de una larga tanda de electrochoques, pregunta inocentemente: "¿van a electrocutarme?, ¿tan grave es mi delito?". Incertidumbres cargadas de significado, pues denotan la ansiedad del que no sabe qué le va a pasar, ni por qué. Absoluto desamparo que contrasta con la rebeldía del personaje central de Alguien voló sobre el nido del cuco. En este conocido film de Miloš Forman, estrenado en 1975 y basado en la novela de Ken Kesey (1962), el personaje encarnado por Jack Nicholson es sometido a terapia electroconvulsiva como un correctivo ejemplar, muy lejos de cualquier indicación clínica.

Kate Millett no llegó a ser tratada con electroshocks, pero están

muy presentes en su pensamiento y en su experiencia. Manifiesta su temor a ser "castigada" en repetidas ocasiones a lo largo del texto: "a las personas que tienen mi actitud hacia los electroshocks es fácil que se las castigue con uno" (p. 104); "En un lugar así seguro que te dan electroshocks, se huele nada más entrar. No cooperarás y los utilizarán como castigo" (p. 315). En una ocasión, tras pasar por un lugar del manicomio en el que no debía estar: "no pensé que les importara. La puerta estaba abierta…" (p. 345), es confinada en una celda de aislamiento. La medida es exclusivamente disciplinaria: "Si se porta bien, el médico podrá retirarle la orden. En estos momentos está incomunicada" (p. 346), pero incluso en una situación así, queda patente el temor a la sanción extrema: "Electroshocks… ¿creerán necesario utilizarlos para castigarme?" (p. 346).

Miedo y desconfianza que no son gratuitas, sino que se basan en el contacto directo con otras internas, compañeras de encierro, que sí estaban recibiendo electroshocks:

Siempre son las que parecen más hechas polvo, las profundamente aterrorizadas, las que saben que es un castigo o tratan de decirse desesperadas que es por su bien. Pero al repetírselo, la verdad les golpea en la cara. La mayoría están temblorosas y en silencio, las manos con un baile de San Vito sobre el regazo de felpilla de su albornoz; la cara roja, la lengua difícil de controlar (p. 350).

El empleo de terapias agresivas para conseguir doblegar a las pacientes, para garantizar una docilidad que no incomode a nadie, ha sido señalada con frecuencia. La psicóloga feminista Phyllis Chesler, en su influyente obra Mujeres y locura, aparecida en 1972 y de la que contamos con una edición reciente en castellano, indica que "en los psiquiátricos, muchos procedimientos amenazan, castigan o no alcanzan a entender de hecho a estas mujeres y las abocan a la sumisión real o taimada" (Chesler, [1972] 2005: 147). Pero lo que Chesler nos hace ver es que la asimilación entre terapia y castigo no responde solo a unas prácticas coercitivas aplicadas a personas institucionalizadas especialmente molestas, sino que

pueden llegar a formar parte del propio núcleo doctrinal de la psiquiatría. A modo de ejemplo, podemos citar un artículo, publicado en una prestigiosa revista especializada, en el que se describe la aplicación de corrientes eléctricas a una mujer diagnosticada de esquizofrenia que "vertía acusaciones sobre persecuciones y abusos contra ella, realizaba alguna amenaza verbal o cometía algún acto agresivo". Dicho "tratamiento" fue denominado "programa de castigo", y los autores señalaron que "el procedimiento fue administrado en contra de la voluntad expresa de la paciente" (Ludwig et al., 1969). Quizá pueda considerarse este un caso extremo y peculiar, pero ¿realmente lo es?

La psicofarmacología es vivida también como un castigo: "Y luego el castigo: una gran dosis de Thorazine. Has empezado tu carrera de fármacos […] los médicos no te hacen caso; no habrá más exámenes, solo sustancias químicas a partir de ahora" (p. 366). Pero la medicación con antipsicóticos como la clorpromazina (Thorazine) va mucho más allá. Sin desmerecer los efectos beneficiosos que una medicación suficientemente ajustada y limitada en el tiempo podría tener a veces sobre determinados síntomas, no cabe duda de que su administración sistemática persigue otros fines que tienen más que ver con mantener la disciplina y el orden en el interior del establecimiento que con objetivos terapéuticos. En palabras de Millett:

Lo que realmente es erróneo es la medicación: la medicación como curación, como el método oficial que impera hoy en día, es lo insidioso, el verdadero mal. En general, se defiende porque al apaciguar a los internos facilita el trabajo de las enfermeras auxiliares y los celadores. En realidad, hace mucho más, actúa en sentido contrario a la cordura (p. 351).

En coherencia con su militancia en pro de los derechos civiles, Millett critica el tratamiento involuntario y la "medicación forzada de sustancias sin explicación alguna" (p. 348), tanto como concepto como en su propia experiencia: "no puede obligarme a tragar algo sin explicarme qué es" (p. 335). Sin embargo, a pesar de estos

argumentos los neurolépticos están tan presentes en la vida cotidiana del manicomio que, al final, todo acaba girando en torno a ellos: “Vuelve a ser la hora del té y las pastillas, para los que el té es una mera excusa. El mismo almuerzo no es más que otra taza de té con una pastilla […] y siempre las pastillas, las sustancias químicas que tienes que combatir con el estómago vacío” (p. 335).

Sin embargo, por encima de los neurolépticos, el litio se convierte en uno de los elementos conductores de Viaje al manicomio. Tras su primer ingreso, Millett fue tratada con litio y “durante siete años viví con temblor en una mano, diarreas, posibles daños al riñón y todos los demás efectos secundarios del litio. En el verano de 1980 decidí abandonar la medicación” (p. 23). Esta decisión generó una gran inquietud entre su familia y allegados, y coincidió con el episodio de euforia “maniaca” antes citado en la comunidad de artistas y, un poco después, con el incidente en el aeropuerto irlandés que motivó su segundo ingreso. A su vuelta a Nueva York retomó el tratamiento hasta que, en 1988, y sin decírselo a nadie, fue rebajando las dosis hasta dejar de tomarlo de manera definitiva. En esta ocasión, según su testimonio, “no pasó nada. Nunca afloró la ira que tanto había temido […] descubrí con sorpresa que ahora tenía paciencia, serenidad, que era más tolerante y abierta” (p. 497).

Las alusiones al litio son muy frecuentes a lo largo del relato. Los trastornos físicos que ocasionan su toxicidad, sus efectos sobre su estado de ánimo, el deseo de abandonar la medicación, la insistencia de médicos, familiares y amigos de que no lo haga, la incertidumbre y la duda sobre qué hacer, etc. En el sentir de nuestra autora: “Y ese fue el efecto de dejar el litio: detuvo la vergüenza y la docilidad” (p. 151), por nefastas que llegaran a ser sus consecuencias.

El psiquiatra australiano John Cade (1949) describió las propiedades antimaniacas de las sales de litio. El litio es un metal alcalino altamente tóxico para el sistema nervioso, el intestino y los riñones en dosis relativamente pequeñas. Los síntomas leves de toxicidad incluyen síntomas neurológicos, como temblor o letargia, que evolucionan a diarrea y vómitos, incontinencia, somnolencia, desorientación, espasmos musculares, ataxia y disartria. Los

llamados efectos terapéuticos se sitúan en un continuo con las manifestaciones de la toxicidad. Es decir, antes de que aparezcan los signos de toxicidad completa, el litio provoca la inhibición de la conducción nerviosa, produciendo sedación y un déficit del funcionamiento mental (Johnson, 1984). En la actualidad, el litio se asocia principalmente al tratamiento a largo plazo del trastorno maniaco-depresivo, y se considera que disminuye el riesgo de recurrencia de un episodio posterior; sin embargo, existen voces discordantes, como la de Joanna Moncrieff (2008), cuando apunta que no existe ninguna teoría bioquímica aceptada sobre las bases neurobiológicas del trastorno bipolar y del funcionamiento de los estabilizadores del ánimo que ayude a racionalizar una perspectiva centrada en la acción del litio para esta circunstancia. Es de interés un reciente artículo de esta misma autora publicado en castellano en el que se problematiza el papel del litio y otros "estabilizadores del ánimo" en los trastornos del llamado espectro bipolar (Moncrieff, 2018).

Esta dificultad de racionalización de la acción del litio, que Moncrieff comenta, y que pone de manifiesto una utilización empírica del mismo, es señalado a su manera por Millett cuando ante la pregunta: "Entonces ¿qué hace el litio?", ella misma se contesta diciendo: "Ese es el problema. No lo saben, o solo saben que 'funciona', que incluso modula la aceleración o ralentización a un ritmo estable, y por tanto nivela los dos estados extremos de manía y depresión. Pero desconocen el porqué" (p. 88). La experiencia de Millett con el litio resulta muy coherente con la realidad del momento, cuando el litio era el tratamiento de elección para las personas diagnosticadas de psicosis maniaco-depresivas. Un diagnóstico y una experiencia subjetiva sobre la que Kate Millett también ofrece unas reflexiones muy relevantes.

Estar loca…

Viaje al manicomio es un libro autobiográfico que narra, como estamos viendo, la experiencia del internamiento de su autora, pero sus páginas contienen también una serie de reflexiones internas, donde la introspección y el sufrimiento subjetivo pasan a un primer plano. A lo largo de su relato vemos cómo los sentimientos y emociones de Millett transitan desde la negación: "Yo nunca he estado loca. No soy maniaco-depresiva. Ese es el diagnóstico que me puso un psiquiatra al que un buen día me entregó mi hermana" (p. 11), o desde la rebeldía y la agitación de las fases más eufóricas o agitadas de su estado de ánimo, a la aceptación resignada de sus momentos más depresivos: "Tú misma te ves loca […] la depresión es la muerte y la certeza de la decrepitud […] la depresión llega cuando les das la razón y te rindes" (p. 415). Una depresión que es vivida como una derrota o como una claudicación: "Me he rendido, he renunciado a mi manera de pensar, ya no estoy en conflicto con ellos sobre la naturaleza de mi experiencia o su validez aceptando despreciablemente mi locura, su humillación desgarradora" (p. 474).

Sin embargo, hay dos elementos de las vivencias subjetivas que se describen en los que merece la pena detenerse. Uno es la relación del sujeto con su propia etiqueta psiquiátrica. La afirmación "Ojalá nadie me hubiera dicho que estoy loca. Entonces no lo estaría" (p. 229), creo que puede ilustrar lo que con el tiempo Ian Hacking definiría como el proceso de "inventar o construir personas" (making up people), es decir, la capacidad de los especialistas (médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos) para etiquetar y clasificar a determinados seres humanos favorece que estos, por el solo hecho de ser etiquetados, asuman dicha condición de modo que su manera de ser y de actuar no son independientes de cómo son descritos y clasificados. Esto es lo que Hacking llama efecto bucle (looping effect) de las clases humanas (que son interactivas): las interrelaciones de la gente y las formas en que esta es clasificada. Dicho de otro modo, las personas tienden a

conformarse, a permanecer e incluso a crecer, en el ámbito clasificatorio en el que han sido descritos o diagnosticados (Huertas, 2011).

El problema del diagnóstico es abordado por Millett en unos términos que anticipan discusiones posteriores. Según explica, “el diagnóstico psiquiátrico que se impuso es que soy psicótica de constitución, una maniaco-depresiva condenada a sufrir recurrentes ataques de ‘enfermedad afectiva’” (p. 497), un diagnóstico que “pone en marcha un tren de falta de confianza e inutilidad, una sentencia de alienación” (p. 498), y termina argumentando:

Es la integridad de la mente lo que deseo reivindicar, su carácter sagrado e inviolable. No niego en absoluto la desdicha y el estrés de la vida en sí: los sufrimientos de la mente a merced de la emoción, las circunstancias que nos llevan a declararnos la guerra unos a otros, los divorcios y los antagonismos en las relaciones humanas, la multitud de temores, los obstáculos a la confianza, las crisis de decisión y elección. Intentamos sortearlo, buscamos consejo para protegernos, incluso nos exponemos al inevitable desequilibrio de poder inherente en la terapia para combatirlo; todo ello es la materia de la condición humana. Pero cuando tales circunstancias se convierten en síntomas y se diagnostican como enfermedades, creo que entramos en un terreno muy incierto (p. 498).

Este último párrafo es extenso, pero enormemente esclarecedor del pensamiento de Millett, que enlaza con la idea defendida, entre otros, por Fernando Colina (2016) de que el diagnóstico no beneficia a nadie y de que “la condición de no-diagnosticado es un derecho democrático que empieza a convertirse en el simple privilegio de pasar desapercibido, es decir, indetectable ante la leva de enfermos mentales puesta en marcha por las fuerzas terapéuticas de la sociedad”. Se trata, sin duda, de una propuesta crítica y con una carga ideológica evidente que tiene que ver con los discursos y prácticas que abogan por la desalienación, descosificación, desmedicalización, desestigmatización, etc., de las personas con sufrimiento psíquico (Ortiz, 2013).

Con independencia de la etiqueta diagnóstica aplicada a Millett (psicosis maniaco-depresiva o trastorno bipolar), lo que me interesa destacar aquí es que todo su proceso responde a una narrativa vital que, en definitiva, es lo que cuenta. Una narrativa que es desarrollada y dada a conocer a través de la escritura: "Escribí Viaje al manicomio en parte para recuperarme yo, para recuperar mi mente e incluso su afirmación de cordura. Pero también con la esperanza de renunciar a ese dilema entre locura y no locura" (p. 501). De esta manera, la escritura aparece, una vez más, como un elemento fundamental en el esfuerzo de autorreparación. El libro que nos ocupa fue escrito entre 1982 y 1985, "en plena resaca de penitencia y autorrenuncia, ese acto de complicidad con la desaprobación social que es la depresión" (p. 495). La melancolía ha estado tradicionalmente ligada a la escritura y es en ese estado —"¿por qué llamar a esto depresión?, ¿por qué no llamarlo dolor?" (p. 495)— en el que Millett comienza a escribir, y empieza por el final, la parte más intimista en el conjunto de la obra. No es de extrañar; la escritura del melancólico es así, intimista y autobiográfica, su propósito es, en buena medida, recuperar los signos del mundo y neutralizar su indiferencia o su agobio. Es, en el fondo, un intento de autointerpretación y de construcción de la singularidad (Colina, 2007). Merece la pena insistir en la relación de Millett con la escritura: "Durante la depresión desaparece el mundo. El lenguaje mismo" (p. 455); por eso, para recuperarlo, "la única salida es escribir" (p. 409). Resulta muy interesante, en este sentido, la confrontación que se establece entre química y lenguaje. Ante el argumento de que "Mi enfermedad es química, dicen, y la cura también lo es" (p. 420), la propia Millett se exhorta: "Olvida la química y cíñete al lenguaje" (p. 386).

Pero las intenciones de Millett al narrar su propia experiencia trascienden el relato autorreferencial para llegar a ámbitos más amplios, menos individuales:

Sumo mi propia experiencia a la multitud de personas que como yo han conocido la crueldad y la irracionalidad del sistema, y reivindico un nuevo respeto a la mente humana en sí, su razón, inteligencia, percepción, agudeza y lógica. Que no vuelva a haber

más hospitalizaciones, medicación o electroshocks forzados, ni más definiciones de locura como un delito que hay que tratar con métodos salvajes (p. 502).

Es decir, hay una voluntad explícita de activismo que otorga a Viaje al manicomio una dimensión colectiva nada desdeñable.

… y ser activista

Como ya sabemos, Kate Millett fue una destacada activista del movimiento feminista, por los derechos civiles y los derechos humanos y, como es lógico, y hemos podido apreciar en las páginas precedentes, su pensamiento crítico y de denuncia está muy presente en la obra que estamos analizando. Según nos cuenta, tras su primer ingreso asistió a su "primera reunión de Madness Network en una galería de arte de San Francisco, donde se había formado la Network Against Psychiatric Assault (NAPA)" (p. 116).

La NAPA, fundada por Leonard Roy Frank, un expaciente que había sido sometido en los años sesenta a múltiples electroshocks, fue uno de los grupos más efectivos y militantes del movimiento estadounidense contra el abuso psiquiátrico, llegando a protagonizar una gran campaña que consiguió que dejara de aplicarse la terapia electroconvulsiva en San Francisco. Frank fue, además, el editor de Madness Network News. A Journal of the Psychiatric Survivor Movement, que se convirtió en el órgano de expresión del Mental Patient Liberation Movement. Con posterioridad, Millett mantuvo contactos y colaboraciones con otras organizaciones de defensa de los derechos de las personas psiquiatrizadas, algunas de las cuales "ha permitido asistir y hablar […] del movimiento antipsiquiátrico" (p. 496).

La influencia de la antipsiquiatría en el pensamiento de Millett es muy evidente. De manera específica, creo que pueden detectarse en Viaje al manicomio ideas procedentes o en franca sintonía con algunos autores como Thomas Szasz o Ronald Laing. En cuanto al primero, y aunque de manera puntual, es interesante la relación entre locura y brujería que Kate Millett expresa del siguiente modo: "¿Quién mejor que las locas, sin duda las más crueles de las brujas, las que más castigo han recibido, las que tienen menos que perder?" (p. 376). Esta frase es seleccionada y reproducida por Mar García Puig (2019: 17) en el prólogo de la última edición española y, según

esta autora, es una muestra de la capacidad de Millett para imaginar una resistencia colectiva. Brujas y locas son, en efecto, mujeres hostigadas y estigmatizadas que, en buena medida y según sus posibilidades, se rebelan contra sus perseguidores. En este sentido, la similitud de este argumento con el análisis de Thomas Szasz (1970) en La fabricación de la locura, obra en la que compara a los psiquiatras modernos con los cazadores de brujas de la Inquisición, afirmando que tanto las brujas como las locas son construcciones elaboradas por los que se arrogan el poder de proteger a la sociedad frente a ellas.

Más interés tiene, a mi juicio, la influencia de Laing en el texto de Millett (Berman, 2019). En El yo dividido, Laing (1960) propone la necesidad de un relato psicoterapéutico de autorrecuperación y cuestiona con convicción el modelo médico de enfermedad mental. Se trata de ideas y propuestas que coinciden con las expuestas por Millett a lo largo de su obra. En palabras de nuestra autora:

Todo el constructo del "modelo médico" o de "enfermedad mental", ¿qué es sino una analogía? Entre la medicina física y la psiquiatría: se dice que la mente está tan sujeta a la enfermedad como el cuerpo. Pero mientras que en la medicina física hay pruebas fisiológicas verificables […] en la enfermedad mental la supuesta conducta socialmente inaceptable se toma como un síntoma, incluso como una prueba, de una patología (p. 498).

Finalmente, es de destacar la importancia que Millett otorga al apoyo mutuo. Los grupos de apoyo mutuo son espacios colectivos de ayuda y colaboración entre pares que pueden resultar fundamentales, cuando no imprescindibles, en determinadas situaciones y para algunas personas con sufrimiento psíquico. Es cierto que no todo el mundo encaja en las dinámicas del apoyo mutuo y que estas pueden ser diferentes de unos grupos a otros, pero no cabe duda de que se trata de un tipo de organización que puede llegar a ser muy efectiva. Así lo siente Millett cuando describe su propia experiencia:

Al final mis compañeros Paul y Dayna me preguntaron si me estaba medicando. La actitud del movimiento es tolerante: medícate si quieres; si quieres dejar de hacerlo, hay ayuda y apoyo. Dayna había suspendido el tratamiento de litio varios años antes. Me recomendó que bebiera mucha leche, que no me cansara demasiado, que no se lo dijera a nadie. Paul y Dayna serían los únicos que lo sabrían; me llamarían cada domingo por la noche y yo les daría el parte (p. 496).

En definitiva, la apuesta de Millett por el activismo es muy notoria, hasta el punto de rendir homenaje, en la última página de su libro, "a aquellas personas que, por su larga involucración en el movimiento en favor de los derechos humanos contra los abusos psiquiátricos, se han convertido en amigos y héroes para mí", y termina expresando su admiración por Judi Chamberlin porque "al crear el modelo para el centro de autoayuda para expacientes, han dado esperanza, apoyo y curación a las víctimas del sistema" (p. 508). Recuérdese que Judi Chamberlin, como veremos en el siguiente capítulo, fue uno de los referentes más importantes del movimiento de supervivientes de la psiquiatría y autora de Por nuestra cuenta (1978), un libro fundamental que está en el origen del movimiento Orgullo Loco (Mad Pride).

Viaje al manicomio forma parte de un conjunto de obras que Linda Morrison (2005) ha denominado "narrativa heroica de los supervivientes". Personalmente, creo que podría considerarse un "clásico" del activismo en salud mental; es decir, una obra que contiene elementos diversos que, al margen de su contexto histórico, permiten diversas lecturas a lo largo del tiempo. Un clásico moderno, claro, pues los acontecimientos que se relatan transcurren hace casi cincuenta años. Dicho de otro modo, aunque debemos valorar Viaje al manicomio en su contexto histórico y cultural, no podemos evitar, ni olvidar, la actualidad de esta obra que puede situarse en los orígenes del activismo llamado en primera persona. Existen en la actualidad iniciativas que, con fines diversos (académicos, de investigación-acción, de denuncia, etc.), recuperan testimonios de personas que están o han estado psiquiatrizadas. Las historias personales se repiten con frecuencia, aun

cuando algunas tengan más repercusión que otras. La pugna interna por tomar o no la medicación, la amenaza constante de la contención, el miedo al "castigo", la vulnerabilidad de personas en las que a su propio sufrimiento se añade el de estar "señaladas", marcadas por la desconfianza. Todo esto está presente en la experiencia autobiográfica de Millett, pero esta no es más que el reflejo de una realidad que, con más o menos matices, permanece. Hoy nos encontramos con otras historias de vida similares y, en un sentido más colectivo, siguen de absoluta actualidad los debates sobre los derechos civiles y humanos en psiquiatría, el problema de los tratamientos involuntarios o el de las contenciones, hasta el punto de generar campañas de largo alcance como #0Contenciones. Asistimos en la actualidad a un (re)surgimiento del activismo en salud mental, tanto profesional (Ibañez, 2018) como en primera persona (Sampietro, 2016), con la aparición de no pocas iniciativas y propuestas organizativas, colectivos concienciados y más o menos radicales, con objetivos y estrategias variadas y a veces discordantes, pero que obligan a pensar la locura de otra manera. Todo ello en un contexto de movilización social de intensidad variable, pero con un importante y renovado movimiento feminista (igualmente complejo y discrepante) y con otras iniciativas procedentes de la sociedad civil que reclaman con fuerza pensamientos y acciones críticas y emancipatorias. No puede extrañar que Kate Millett y Viaje al manicomio pueda y deba ser considerada como un referente de todo este proceso.

Capítulo 6

De supervivientes y activistas

Introducción

El estudio del llamado activismo en salud (health activism) viene ocupando, en las últimas décadas, un lugar incuestionable en aquellas reflexiones relacionadas con la acción ciudadana, es decir, con el papel desempeñado por personas y grupos —profesionales o afectados— en la denuncia de determinados problemas de salud, en la sensibilización de la opinión pública y de la administración, y en los procesos de negociación o resistencia relacionados con la salud individual o colectiva (Laverack, 2013).

En general, el activismo en salud se asocia a colectivos de enfermos o de familiares que se organizan y movilizan ante problemas concretos que les afectan directamente. La irrupción del sida, en los años ochenta del siglo XX, dio lugar en muchos países a alianzas entre la sanidad pública y las comunidades de afectados que influyeron de manera importante en los contenidos y formas de actividades preventivas, en la defensa de los derechos humanos de los pacientes e, incluso, en los objetivos científicos y clínicos de los especialistas (Montiel, 1995; Brashers et al., 2000). Otras enfermedades y otros problemas de salud han concitado también reivindicaciones muy diversas que, en algunos casos, han sobrepasado la demanda específica de las organizaciones de afectados para involucrar a colectivos más amplios. Ejemplos muy significativos en este sentido pueden ser el activismo sanitario que tiene que ver con la salud reproductiva de las mujeres y su vinculación con el movimiento feminista (Ferris, 1982; Eckman, 1998) o el generado en ámbitos tan representativos como la salud laboral y medioambiental (Gibbs, 2002; Menéndez-Navarro, 2011) o la salud mental (Morrison, 2005).

Algunos autores han diferenciado entre activismo de organizaciones individuales (asociaciones de afectados, de pacientes, de familiares, etc.), en tanto que protagonizan acciones o protestas aisladas y con una identidad muy concreta, y los denominados movimientos sociales en salud (health social movements), que implican activismo a gran escala y a largo plazo. El activismo puede estar al margen o

puede preceder, seguir o incluirse en un movimiento social (Zoller, 2005). Así, los movimientos sociales en salud pueden entenderse como desafíos colectivos a la política sanitaria (provisión de servicios, infraestructuras, salud pública y calidad ambiental, etc.), pero también al sistema de creencias y a las actitudes socioculturales hacia determinadas enfermedades o problemas de salud (Brown et al., 2004), a lo que cabría añadir situaciones de malestar o sufrimiento. Estos desafíos colectivos implican, al igual que en otros movimientos sociales, la formación de organizaciones formales o informales, de redes de cooperación, y la existencia de activistas y simpatizantes, con creencias compartidas y espíritu solidario, capaces de llevar a cabo acciones colectivas centradas en conflictos y el uso de la protesta (Della Porta y Diano, 1999).

El estudio sociohistórico del activismo sanitario y de los movimientos sociales en salud está permitiendo análisis que nos ofrecen perspectivas muy interesantes, y hasta cierto punto novedosas, de las relaciones entre medicina y sociedad (Berridge, 2007). El activismo en salud mental puede incluirse como una variedad de activismo sanitario, pues la locura entendida como "enfermedad" entra de lleno en la jurisdicción de médicos y psicólogos clínicos, pero tiene unas características específicas, como la vindicación de los derechos humanos o el intento de desmedicalización del malestar psíquico, que el activismo relacionado con enfermedades físicas no tiene necesidad de introducir. Asimismo, cabe considerar un activismo profesional (Ibáñez Rojo, 2018; Huertas, 2019) y otro "en primera persona" que es al que vamos a referirnos aquí teniendo en cuenta, como en los capítulos anteriores, su producción escrita.

Pero el activismo de los supervivientes o expacientes de la psiquiatría traspasa el límite de lo "sanitario" para situarse en el ámbito de los movimientos de liberación. En general, puede decirse que las luchas por la liberación de colectivos explotados, oprimidos, colonizados, etc. surgen y se desarrollan con gran dificultad y son, con frecuencia, ignoradas o desacreditadas. La tradición reivindicativa de cada colectivo y su capacidad de organización, en relación directa con el grado de silencio y represión al que haya estado sometido, marca en buena medida la historia de cada activismo. Así, el movimiento obrero y el movimiento feminista

tienen una trayectoria más dilatada que el movimiento del Black Power, al que seguiría en el tiempo la irrupción del movimiento LGTB (actualmente LGTBIQ+). La historia de estos colectivos y sus luchas han ido adquiriendo una presencia, más o menos intensa según los casos, tanto en el mundo académico como en el de la militancia política o el activismo social. Sin embargo, la historia del activismo "loco" solo ha empezado a elaborarse en épocas muy recientes y puede decirse que está todavía por hacer. Por eso, el presente capítulo debe considerarse tan solo como una modesta aproximación a toda una problemática que requerirá en el futuro de estudios más profundos.

Algunos antecedentes

Aunque podemos aceptar que el origen del activismo de las personas psiquiatrizadas, tal como se entiende en la actualidad, tiene lugar en los años setenta del siglo XX, existen antecedentes que merece la pena señalar. Algunos expacientes fueron capaces de escribir y publicar sus experiencias tanto en relación con su propio sufrimiento psíquico como con el dispositivo asistencial al que fueron sometidos. Se trata de memorias que, en algunos casos, tuvieron una innegable influencia en determinadas iniciativas de reforma de las instituciones. Así, por ejemplo, John Thomas Perceval, hijo del que fuera primer ministro británico a comienzos del siglo XIX, narró la experiencia de sus ingresos psiquiátricos en A narrative of the treatment experience by a gentleman during a mental state of derangement (1840) [Relato del trato sufrido por un caballero durante un estado de enajenación mental] (Perceval, 1840; Bateson, 1961), propiciando la fundación de la Sociedad de amigos de los presuntos lunáticos.

Asimismo, resulta fundamental recordar la labor pionera de Elizabeth Packard (1816-1897), a quien su marido, un estricto ministro calvinista, la internó en el Manicomio de Jacksonville (Illinois) en 1860. La existencia de ingresos arbitrarios e involuntarios en establecimientos psiquiátricos de personas "inconvenientes" o simplemente molestas está suficientemente documentada en diversos contextos (Wise, 2012); en el caso que nos ocupa, las leyes de Illinois permitían que un marido solicitase el ingreso psiquiátrico de su esposa con el simple aval de un médico y sin más garantías legales. Elizabeth Packard se había convertido en alguien demasiado molesto para el presbítero debido a las profundas discrepancias que, tras años de matrimonio, comenzaron a aflorar entre ambos y que tenían que ver con la manera de entender la religión, la crianza de los hijos, las finanzas familiares o la defensa de la abolición de la esclavitud por parte de Elizabeth en contra de las ideas pro-esclavistas de su marido (Hartog, 1989).

Tras permanecer tres años recluida, se la consideró incurable y fue dada de alta pasando a una reclusión domiciliaria bajo imposición y control conyugal. Elizabeth escribió una carta de solicitud de amparo que, a través de una amiga, llegó al juez. Este dispuso un habeas corpus primero y un juicio después para dilucidar el estado mental de Elizabeth Packard. El proceso se celebró en 1864 y el veredicto le fue favorable (Lombardo, 1992).

A partir de entonces, aunque permaneció casada, Elizabeth vivió separada de su marido y se dedicó a defender los derechos de las mujeres y de las locas. Escribió libros, impartió conferencias y llevó a cabo actividades que intentaban llamar la atención sobre la necesidad de cambiar las leyes y otorgar a las mujeres casadas la autonomía de sus maridos. Gracias, en parte, a sus desvelos, en 1869 se aprobó una legislación en Illinois y Massachusetts que permitía a las mujeres casadas la igualdad de derechos de propiedad y la custodia de sus hijos, lo que al parecer le permitió recuperar a los suyos (Sapinsley, 1991; Carlisle, 2010). Entre su producción escrita destacan de manera especial dos libros: uno autobiográfico en el que narra toda su experiencia, la arbitrariedad de su marido, su indefensión y la estancia en el manicomio (Packard, 1866); y otro que relata de manera más específica los avatares de su encierro (Packard, 1868). Su experiencia como mujer psiquiatrizada la llevó también a fundar la Anti-Insane Asylum Society (Himelhoch y Shaffer, 1979).

La figura de Elizabeth Packard ha sido reconocida en el ámbito de la historia de la psiquiatría, equiparándola con otras reformadoras como Dorothea Dix (Deutsch, 1946), pero sobre todo en el del activismo feminista (Cullen-Dupont, 2002) o las relaciones entre poder psiquiátrico y patriarcado (Wenegrat, 1995; Chesler, 2005).

Ya en el siglo XX, resulta de obligada referencia la obra del empresario norteamericano Clifford W. Beers (1908), titulada A Mind That Found Itself [Una mente que se encuentra a sí misma] e inspiradora del movimiento pro-higiene mental en Estados Unidos. Su experiencia como paciente internado en un establecimiento psiquiátrico, diagnosticado de depresión y paranoia, le llevó a plantear la necesidad de una reforma de las instituciones asistenciales, llegando a fundar el National Committee on Mental

Health, que más tarde se convirtió en la National Association for Mental Health. Sin embargo, Beers se vio obligado a hacer concesiones que acabaron desvirtuando en parte sus planteamientos iniciales. Por un lado, la idea de que expacientes y familiares participaran en el movimiento se abandonó muy pronto; y por otro, su inicial hostilidad hacia la psiquiatría y sus profesionales fue atemperándose cuando percibió que para llevar a cabo las reformas institucionales a las que aspiraba resultaba imprescindible el apoyo de los propios psiquiatras (Dain, 1989). En este sentido, cabe destacar el papel desempeñado por Adolf Meyer en la (re)configuración de la higiene mental al introducir, junto a las necesarias reformas institucionales, los principios preventivos y de profilaxis mental (Dain, 1980). La historiografía de la higiene mental es muy amplia y no corresponde repasarla aquí; baste señalar que dicho movimiento, con características y desarrollos diferentes según el contexto que consideremos, y con sus luces y sus sombras, tuvo su origen en el relato de la experiencia de una persona psiquiatrizada que advirtió de la necesidad de reformas profundas en la asistencia manicomial.

En los inicios del movimiento

Existen, pues, antecedentes de personas más o menos influyentes que relataron sus experiencias como sujetos psiquiatrizados dando lugar a iniciativas de reforma asistencial y de defensa de derechos. Sin embargo, el activismo que surge en los años setenta del siglo XX aspira a tener una capacidad organizativa creciente que permita no solo compartir experiencias sino pensar y actuar colectivamente. El proceso es largo y complejo pues, como afirmaba Judi Chamberlin (1990: 336):

Es cierto que la mayoría de los expacientes no están organizados, pero este desafío se está superando. Al volverse más visibles los grupos, reclutan a más miembros. Esto ocurre porque los grupos de expacientes dicen la verdad acerca de la experiencia de ser paciente: que la rabia y la frustración de las personas es real y válida, y que sólo manifestándose pueden los individuos que han sido perjudicados por el poder afianzado de la psiquiatría, desafiarlo.

Las primeras organizaciones de expacientes o supervivientes de la psiquiatría aparecen en la década de los setenta en Estados Unidos (en esa época los activistas rechazaban el término “enfermo mental”, pero aceptaban y utilizaban el de “paciente” y “expaciente”). En 1970 se constituyó el Insane Liberation Front en Portland y, un año más tarde, el Mental Patient Liberation Project en Nueva York. Especial significación alcanzaron el Mental Patient Liberation Front, fundado por Judi Chamberlin en Boston en 1972, y Network Against Psychiatric Assault de San Francisco, que se organizó en 1974 en torno a la figura de Leonard Roy Frank y Wade Hudson (Chamberlin, 1990; Frese y Davis, 1997; Tomes, 2006). Estas agrupaciones tuvieron una activa participación en la

publicación del Madness Network News. A Journal of the Psychiatric Survivor Movement, órgano informativo y de difusión del movimiento, que se editó entre 1972 y 1986. Asimismo, organizaron la Conferencia anual Human Rights and Psychiatric Oppression, que se celebró entre los años 1973 y 1985 como espacio de encuentro reflexivo y colaborativo entre expacientes y profesionales (Chamberlin, 1984; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016). Precisamente, en la cuarta de estas conferencias anuales, la correspondiente a 1976, se aprobó un manifiesto-programa, algunos de cuyos puntos fundamentales reproducimos a continuación:

Rechazamos los internamientos psiquiátricos forzados, no sólo los de oficio, sino el conjunto de procesos de admisión involuntaria e incluso los ingresos "voluntarios" sin consentimiento dado con conocimiento de causa. […] Rechazamos las intervenciones psiquiátricas impuestas, tales como los medicamentos, los electrochoques, la psicocirugía, el aislamiento, las técnicas aversivas de terapia conductual. […] Rechazamos el sistema psiquiátrico porque es despótico por naturaleza y porque representa una fuerza de policía paralela extra-legal, que suprime las disidencias culturales y políticas. […] Rechazamos el concepto de "enfermedad mental" porque justifica los ingresos forzados, y especialmente el encarcelamiento de quienes no han cometido ningún delito. […] Rechazamos el empleo de la terminología psiquiátrica porque es intrínsecamente estigmatizante, infamante, no científica y mágica, y proponemos sustituirla por términos de buen inglés como por ejemplo "recluso" en lugar de "enfermo mental". […] Creemos […] que el sistema psiquiátrico es por esencia un programa de pacificación controlado por los psiquiatras y destinado a constreñir a las personas a ajustarse a las normas sociales dominantes (Castel y Lovell, 1980: 239; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016: 177).

Tan contundente texto tiene innegables paralelismos con las propuestas de la antipsiquiatría. Son épocas de cambios sociales, de movimientos de liberación que se influían de manera recíproca y se inspiraban mutuamente, unas veces coincidiendo y atravesándose, otras siguiendo recorridos paralelos. Así ocurre en buena medida

entre el movimiento antipsiquiátrico y el de los supervivientes de la psiquiatría: el primero más situado en el ámbito académico y en el de organización de servicios, con experiencias emblemáticas como las míticas Villa 21 de David Cooper o Kingsley Hall de Ronald Laing, en Gran Bretaña, o como la reforma italiana iniciada por Franco Basaglia (Huertas, 2018); y el segundo más volcado al activismo. En todo caso, la relación entre activistas y psiquiatras críticos no deja de ser compleja y ambivalente. Así, por ejemplo, el proyecto Soteria, liderado por el psiquiatra estadounidense Loren Mosher entre 1971 y 1983, estuvo inspirado en parte en la comunidad de Kingsley Hall (Mosher, 1999). Una de sus principales características fue el importante papel desempeñado por los no profesionales en el apoyo y acompañamiento de los pacientes. Se argumentaba, en este sentido, que estas personas no estaban "contaminadas" por la ideología psiquiátrica y que, por ello, tendían a actuar de forma más libre y espontánea, y eran capaces de comprender vivencias y acciones propias de una crisis o una reacción psicótica, así como de propiciar un ambiente de tranquilidad sin hostigar, exigir o molestar (Mosher et al., 1973).

El proyecto Soteria está siendo, en los últimos tiempos, reivindicado desde el movimiento de expacientes y supervivientes de la psiquiatría como una notable alternativa a la hospitalización psiquiátrica. Así lo ha expresado, por ejemplo, Peter Lehman, director de la Red Europea de Exusuarios y Supervivientes de la Psiquiatría a finales de los años noventa, así como coeditor de Alternatives Beyond Psychiatry, en el que se publica un capítulo dedicado a Soteria (Aderhold, Stastny y Lehmann, 2007). Para Lehmann, a diferencia del modelo médico de "enfermedad", en Soteria "las llamadas experiencias 'psicóticas' eran consideradas como extremos de características humanas fundamentales y, si venía el caso, como expresión potencial de una crisis de vida. De hecho, la función de los acompañantes no era tratar o curar a los afectados, sino estar ahí para ellos" (Lehmann, 2013: 140; cursiva en el original).

Por su parte, las connotaciones políticas del movimiento anti-institucional italiano son muy evidentes. El Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, en Trieste, fue el primer manicomio del mundo que se cerró por razones políticas. Esta ciudad italiana aparece como un

lugar emblemático de transformación de la atención psiquiátrica, pero también de movilización y lucha política. Acciones y estrategias que traspasaron los muros de la institución y buscaron alianzas con otros agentes sociales: periodistas, fotógrafos, políticos, artistas, etc. Trieste se convierte en una caja de resonancia "antipsiquiátrica" que atrae a profesionales críticos y a activistas, entre estos últimos, el Colectivo Socialista de Pacientes (Sozialistisches Patientenkollektiv, SPK), procedentes de Heidelberg (Alemania), que acudieron a colaborar en el proyecto triestino (SPK, 1993).

Trieste fue también la sede, en 1977, de la tercera reunión del Réseau Internacional de Alternativas a la Psiquiatría. Allí se dieron cita, entre más de 4.000 participantes, autores como Robert Castel, Felix Guattari o Mony Elkaïn, además de los anfitriones, Basaglia y Jervis entre otros, bajo el lema "El circuito del control. Del manicomio a la descentralización psiquiátrica" (Elkaïn, 1977). A dicha reunión asistieron también colectivos de psiquiatrizados, como el SPK o el francés Marge (Margen). Este último grupo mantuvo unas posiciones muy radicales, mostraron una profunda desconfianza hacia cualquier intervención médica, incluyendo a los profesionales más comprometidos, por muy auténtica que pudiera parecer su postura crítica. Consideraban que el discurso de los antipsiquiatras suponía un retorno de la psiquiatría con apariencia progresista que se oponía a la aspiración prioritaria del colectivo que no era otro que la abolición de la medicina mental: "No queremos una psiquiatría de izquierdas o avanzada, sino el fin de la psiquiatría, de su orden, de su discurso, de su ciencia, de su saber, de su práctica y de su control". Denunciaban la degeneración del Réseau en una grotesca mascarada: "Una fábrica de palabras y discursos, un reagrupamiento de personas que escriben libros sobre la práctica de otros: un vasto super-show para lucimiento de la jet society más radical". Denunciaban también la falta de compromiso práctico, para lo cual ponían como ejemplo la pasividad mostrada el año anterior, cuando algunos activistas de Marge ocuparon la Embajada de la URSS en París para protestar por la utilización represiva de la psiquiatría soviética, sin que nadie del Réseau acudiera en su defensa cuando resultaron condenados. En consecuencia, terminaban por "desenmascarar a estos Mefistos de la antipsiquiatría", reclamando a la asamblea la inmediata

autodisolución del Réseau Europeo de Alternativa a la Psiquiatría, por constituir “una gigantesca feria de la mentira organizada” (Polo, 2016). Coincidiendo con la constitución del Réseau, ya Marge (1975) había mostrado su escepticismo, pronunciándose por una estrategia que implicaba no solo la liberación de todos los “enfermos mentales” y la supresión de los asilos, sino la destrucción de la psiquiatría. En contrapartida, cabe recordar que un año más tarde de los acontecimientos de Trieste, la cuarta reunión internacional de Alternativas a la Psiquiatría, celebrada en Cuernavaca (México) en 1978, registró la participación conjunta de los expacientes activistas Leonard Roy Frank y Wade Hudson, y los (anti)psiquiatras David Cooper y Franco Basaglia, junto a otros participantes vinculados al movimiento antipsiquiátrico “clásico” y a organizaciones de “sobrevivientes” de la psiquiatría.

Vemos pues, cómo el activismo profesional y en primera persona han mantenido, desde sus comienzos, relaciones difíciles y en ocasiones paradójicas, algo que sigue ocurriendo en la actualidad. Por eso, creo que, aunque puedan establecerse puntos en común, similitudes discursivas o conexiones de índole diversa entre el movimiento antipsiquiátrico y el de expacientes y supervivientes, podemos afirmar que cada uno tiene características específicas que los diferencian suficientemente. La propia Judi Chamberlin (1978) consideraba que el movimiento de expacientes y supervivientes se desarrolló en paralelo a la antipsiquiatría, presentando escasas vinculaciones con sus distintas corrientes y con sus teorizaciones (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2016: 176).

Por nuestra cuenta

En 1978 la activista y expaciente Judi Chamberlin (1944-2010) publicó On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system, en el que, como su mismo título indica, proponía actuar "por nuestra cuenta", "a nuestra manera", "por nosotros mismos" (On our own); es decir, se trataba de un llamamiento a esos expacientes y supervivientes de la psiquiatría para vivir, actuar y relacionarse sin la tutela de los especialistas ni de las instituciones. La obra de Chamberlin tiene un alcance y una significación histórica fundamental, no solo por ser considerada el texto fundacional del movimiento Orgullo Loco (Mad Pride), sino también porque sus aportaciones contienen ya el germen de lo que más tarde serán elementos imprescindibles en el debate sobre el activismo en salud mental.

A la edad de 21 años y tras un aborto espontáneo, Judi Chamberlin presentó un cuadro depresivo por el que, en 1966, recibió tratamiento en varias clínicas psiquiátricas. Al no mejorar fue internada contra su voluntad en el Hospital Estatal de Rockland (Nueva York) durante cinco meses, donde fue diagnosticada de esquizofrenia. Según su propio testimonio, sufrió una gran angustia, fue sometida a aislamiento y tratada con altas dosis de psicofármacos (Thorazine), y fue despojada de sus derechos civiles durante el tiempo que duró su reclusión. Como en otros casos, la experiencia del internamiento y sus penosas condiciones motivaron en Chamberlin propuestas de cambio y de búsqueda de alternativas a la psiquiatría; pero, al contrario que Clifford W. Beers, cuyas aspiraciones reformistas necesitaron del apoyo de los profesionales en la constitución del movimiento de Higiene Mental, en esta ocasión lo que se pretende diseñar es un sistema propio de apoyo entre personas con sufrimiento psíquico sin la supervisión de los profesionales.

Como ya se ha comentado, Chamberlin participó en la creación del Frente de Liberación de Pacientes Mentales en Boston en 1972. En

1976 conoció a David Oaks, un defensor de los derechos civiles que, años antes, siendo estudiante en Harvard, había sido diagnosticado de esquizofrenia, y que le ofreció incorporarse a la directiva de MindFreedom International, una organización son sede en Eugene (Oregón) que agrupaba psiquiatras y supervivientes, y de la que Oaks era su director ejecutivo (https://mindfreedom.org//). Judi Chamberlin también llegó a ser co-presidenta de la World Network of Users and Survivors of Psychiatry y asesora de Naciones Unidas para temas de discapacidad. Sin embargo, lo que más nos interesa destacar aquí son las aportaciones conceptuales de Chamberlin al discurso y a las prácticas del activismo en primera persona.

Desde comienzos de la década de los setenta se vincula al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston, lo que le facilitó posteriormente la creación de Ruby Rogers Advocacy Drop-in Center. El modelo de centro de acogida (Drop-in Center) supuso una alternativa a la asistencia psiquiátrica tradicional basada en los principios de autodefinición y autodeterminación, y en la ayuda mutua. No cabe duda de que la iniciativa de Chamberlin es un muy importante antecedente de otras posteriores como la de peer-run crisis respite y otros modelos de crisis hostel, o de “refugios”, como la Casa de Escape de Berlín (Veglaufhaus); el proyecto Windhorse en Boulder, Colorado; la Associazione Penelope o la Casa de La Cura en Italia; la Cooperativa de la Esperanza en Buenos Aires y un largo etcétera de experiencias, cuyo objetivo final es evitar el ingreso psiquiátrico. Todas ellas se caracterizan por prestar una atención desmedicalizada y no coercitiva a las crisis “psicóticas”, en las que las necesidades son definidas por los afectados y donde el apoyo mutuo de personas que han tenido experiencias similares resulta fundamental (Dumont y Jones, 2002; Ortiz, 2013: 252).

A partir de la propuesta de los Drop-in Center, Chamberlin fue estableciendo los conceptos básicos y los principios rectores del movimiento, muchos de los cuales, con más o menos matices, se mantienen en la actualidad. Un primer concepto clave es el de concienciación, un proceso a través del cual las personas comparten y exploran sus propias experiencias con el fin de conocer el contexto en el que se desenvuelven sus vidas. Según Chamberlin (1990), en el marco del movimiento feminista, la concienciación ayudó a las mujeres a comprender que los roles de género en

aspectos como la sexualidad, el matrimonio, el divorcio, la discriminación laboral, etc. no eran problemas personales, sino indicadores de la opresión sistemática de la sociedad hacia las mujeres. De manera similar, a medida que los pacientes mentales fueron compartiendo con otros sus historias de vida fue posible también que se percataran de la existencia de distintos patrones de dominación y de que los problemas de "salud mental" no eran exclusivamente individuales. Recuérdese que Paulo Freire (1921-1977) en su Pedagogía del oprimido (1968/2012) utiliza también el concepto de concienciación crítica (conscientiazaçao) en el marco del movimiento de educación popular en América Latina.

Este proceso de concienciación (en el que la subjetividad adquiere una gran importancia) resulta imprescindible para la autodefinición y la autodeterminación de los colectivos, y es un paso previo para la movilización de individuos y grupos subalternos que aspiren a la desalienación, a la transformación de las relaciones de poder y a la construcción de sociedades más equitativas. Sin embargo, con frecuencia puede encontrar muy serios obstáculos por la presencia de quienes no comparten experiencias comunes, de modo que, según la necesidad de crear conciencia entre los pacientes fue en aumento, se optó por limitar el papel de los no pacientes (non-patients).

Refiriéndose a otros movimientos de liberación, Chamberlin argumenta que los colectivos oprimidos sentían que no eran comprendidos por los grupos sociales hegemónicos/opresores, que los blancos no podían entender los sentimientos, experiencias y prioridades ante la vida de los negros, y lo mismo ocurría con los hombres con respecto a las mujeres o con los heterosexuales y los homosexuales. Para las personas psiquiatrizadas que empezaban a organizarse, la situación era superponible, pues sus percepciones sobre la "enfermedad" mental o el sufrimiento psíquico podían ser diametralmente opuestas a las del público en general y a las de los profesionales de la salud mental (Chamberlin, 1990). Por esta razón aboga por excluir a los no pacientes de las organizaciones de supervivientes. Advierte que aquellas asociaciones o colectivos que no limitaran el acceso a los no pacientes corrían el riesgo de abandonar sus aspectos más reivindicativos y convertirse en organizaciones reformistas dirigidas, en general, por esos no

pacientes, que asumirían las funciones de liderazgo desplazando a los verdaderos supervivientes y vaciando de contenidos, al menos en parte, los objetivos iniciales de liberación (Chamberlin, 1987). Otros dos conceptos sobre los que Judi Chamberlin aporta reflexiones muy interesantes y sobre los que merece la pena detenernos son los de cuerdismo y empoderamiento.

Cuerdismo

Al intentar resolver estos problemas de organización, y en el marco del debate sobre la participación de los no-pacientes, se empezó a reconocer un patrón que fue definido como mentalism y sane chauvinism (Chamberlin, 1990), y que aquí traduciremos por cuerdismo y chauvinismo cuerdo. El concepto puede rastrearse a lo largo de la obra de Chamberlin; lo utiliza por primera vez en un capítulo de una obra colectiva en la que relaciona la opresión de las mujeres con la opresión psiquiátrica (Chamberlin 1975) y, posteriormente, en otros textos (Chamberlin, 1978; 1990). El cuerdismo (mentalism) agrupaba un conjunto de supuestos, o prejuicios, que la mayoría de las personas parecían tener sobre los pacientes mentales, considerándolos incompetentes, incapaces de hacer cosas por sí mismos, impredecibles, probablemente violentos o irracionales, y necesitados permanentemente de supervisión y asistencia. Se consideraba que este tipo de ideas estaban muy arraigadas en la opinión pública, pero eran también interiorizadas y aceptadas por buena parte de los pacientes y expacientes.

El origen del concepto proviene del mundo del derecho. Según Richard Ingram (2011), fue el abogado Morton Birnbaum el que utilizó por primera vez el término “sanismo” (sanism) en un juicio celebrado en 1960 en el que defendía a un paciente y su derecho de ser tratado de manera adecuada y con su consentimiento. La causa fue desestimada por los jueces, pero supuso una llamada de atención a lo que podía suponer, en términos de opresión y discriminación, la consideración de que los valores y puntos de vista de las personas cuerdas fueran consideradas “superiores” a los de

las personas locas. Más tarde, Michael M. Perlin, otro abogado, profesor de la New York Law School y reconocido experto en la legislación aplicada a las personas a las que se les atribuyen trastornos mentales, retomó el tema del sanismo/cuerdismo y lo teorizó en un influente artículo en que analizaba la ley estadounidense sobre discapacidad mental (Americans With Disabilities Act) de 1990, explicando:

Lo que yo llamo actitudes "sanistas" y reacciones judiciales y legislativas "pretextuales" dominan el discurso social y legal sobre las personas con enfermedades mentales (y las que se perciben así). Estas actitudes afectan e infectan las relaciones interpersonales, acciones sociales, culturales y políticas, decisiones judiciales, promulgaciones legislativas, escritos académicos, decisiones administrativas y estrategias de litigio. Funcionan en gran medida en un nivel inconsciente (y a menudo invisible), y se encuentran con frecuencia en los escritos y pronunciamientos públicos de individuos "liberales" o "progresistas". También se racionalizan mediante el uso no reflexivo de un tipo falso de "sentido común ordinario" […] Los tribunales y los legisladores a menudo responden a estas actitudes sanistas al tolerar (o alentar) la pretextualidad tanto en casos civiles como penales que involucran a litigantes con discapacidades mentales. Con frecuencia, el mal uso (y la aplicación teleológica) de los datos de las ciencias sociales es el vehículo a través del cual las decisiones pretextuales sirven para reificar las actitudes sanistas (Perlin, 1993: 15).

El cuerdismo —lo que Perlin llama sanitarism y Chamberlin mentalism— fue asumido de manera desigual por los colectivos de supervivientes de la psiquiatría; con frecuencia fue equiparado con la noción de estigma y también fue objeto de críticas porque centraba su atención en la percepción pública: la visión que los cuerdos tienen de los locos, y no tanto en el carácter multicausal o multifactorial de la discriminación y la exclusión social (Sayce, 2000).

En todo caso, no cabe duda de que el cuerdismo es un concepto

clave en el ámbito del activismo: al igual que otras formas de discriminación, como el sexismo o el racismo, aparece atravesado por elementos como las desigualdades sociales o las relaciones de poder; por eso entiendo que debe tenerse en cuenta en cualquier reflexión sobre la situación de las personas con sufrimiento psíquico. En la actualidad, la noción de cuerdismo ha ido afinándose y matizándose desde el punto de vista conceptual. Así, por ejemplo, Tomás L. Corominas (2016) atribuye al cuerdismo la forma en que los problemas de malestar emocional son invisibilizados e ignorados:

La ignorancia hacia nosotros, una de las causas originales de nuestros males, tiene al menos tres vertientes: por un lado, el simple desconocimiento, la ausencia de información y entendimiento respecto a nuestras vidas; por otro, la deformación de las ideas y sentimientos de la gente hacia nosotros, los estereotipos y prejuicios que dan lugar a discriminaciones flagrantes y a esa serie continua de microagresiones que como el tormento de la gota china nos mantienen en duda constante y tensión permanente (Corominas, 2016: 228).

Este autor ofrece una interesante reflexión terminológica, cuando afirma que "toda esta atmósfera ignorante e ignoradora, con sus poluciones varias, es la que alimenta el cuerdismo, mentismo o como lo vayamos a llamar: el conjunto o sistema de ideas, actitudes y comportamientos al que nos vemos sometidos, que limita nuestros derechos, evita nuestra participación en igualdad e impide nuestra libertad". Hace una matización —"mentismo equivaldría a sexismo o racismo, cuerdismo a machismo"— y compara la discriminación por tener una característica o condición mental concreta, con otros tipos de segregación:

La principal diferencia, creo, con mujeres o personas con piel de diferente tonalidad, es que mientras ellas o ellos pueden fácilmente reconocerse, identificarse y apoyarse mutuamente, nosotros

evolucionamos separados, aislados, atomizados. Además, a diferencia de quienes cuentan con un significante, el significado profundo del cuerdismo sigue oculto, así que continuamos viviéndolo como algo natural, aceptable, lógico, consustancial a nuestra cultura (sic), compartido por todos y todas. Interpreto que de ahí viene en parte la facilidad con que también cada persona que lo padecemos asumimos e incorporamos como propio ese cuerdismo que nos hace sentir inferiores, infraciudadanos, infrahumanos. Lamentablemente, seguimos negándole identidad y entidad reduciéndolo a estigma, un término confuso, difuso y completamente inespecífico, que estampa la mancha y señala la marca en nosotros en lugar de identificarlo en esas mentes ignoradoras, en sus miradas confundidas, perturbadas. A nadie se le ocurriría llamar estigma al machismo o al racismo, ¿a que no?; ¿serías tan amable de preguntarte por qué? (Corominas, 2016: 229).

La cita textual es algo extensa, pero me parece muy esclarecedora de cómo puede leerse el cuerdismo en la actualidad.

Empoderamiento

El término empoderamiento (empowerment) se ha convertido en un recurso retórico que no siempre significa lo mismo y resulta ambiguo y contradictorio, pues puede ser formulado e interpretado desde enfoques muy diferentes (Tegland, 2008). Marie-Hélène Bacqué y Carole Biewner (2016) han establecido tres modelos de empoderamiento. Siguiendo a Ernesto Laclau (1996) y su “cadena de equivalencias”, sitúan los polos del debate e identifican tres maneras diferentes de utilizar la noción de empoderamiento.

Lo que las autoras llaman el modelo radical de empoderamiento se sustentaría en las teorías crítico-emancipatorias del ya citado Paulo Freire, de la rama más radical del feminismo de la segunda ola y de otros movimientos sociales. Desde esta perspectiva, los desafíos a los que hacer frente serían el reconocimiento de los grupos

subalternos o marginales, su autodeterminación, la superación de estigmas y la lucha por los derechos políticos y sociales, y su objetivo la emancipación individual y colectiva que conduzca a la transformación social que, en los abordajes más radicales, se basa en el cuestionamiento del sistema capitalista. De manera esquemática, esta concepción de empoderamiento se articularía en una cadena de equivalencias junto con nociones como cambio social, justicia social, concienciación (o conciencia crítica), poder y poder ejercido "por los de abajo" (Bacqué y Biewner, 2016: 21).

El modelo socioliberal de empoderamiento (al que también podríamos llamar socialdemócrata) es asimilado a la existencia de un Estado protector —de inspiración keynesiana— que propicie áreas de justicia redistributiva con un desarrollo importante de las políticas sociales, la promoción de los derechos civiles y de las libertades individuales, los programas de lucha contra la pobreza, etc., pero sin cuestionar la existencia de desigualdades estructurales ni, por supuesto, el sistema socioeconómico. En este modelo, el empoderamiento ocuparía un lugar en la cadena de equivalencias en la que otros eslabones serían la igualdad de oportunidades, la lucha contra la pobreza, la gobernanza o la capacidad de elección.

Finalmente, el modelo neoliberal, que está basado, más que en la libertad de mercado, en la extensión y diseminación de los valores del mercado en la política y las instituciones. El neoliberalismo no pretende prescindir del Estado, sino que el Estado esté al servicio del mercado y sea administrado según criterios de mercado. En este contexto surge una idea de empoderamiento de las personas que deben ser capaces de desarrollar capacidades individuales y tomar decisiones "racionales" en un contexto de economía de mercado y, en definitiva, ser "gestores" de su propia vida (Bacqué y Biewner, 2016: 22; Mata, 2017).

Como podemos ver, la carga ideológica del término empoderamiento puede variar mucho y ser utilizado con significados opuestos. También en el ámbito de la salud mental, el empoderamiento de los pacientes se puede entender a veces como una capacidad de superación personal, de adaptación, de integración, de ser capaz de llevar una vida de relación adecuada, de saber soportar el sufrimiento y de no hacer sufrir a los demás,

etc. Incluso, como no hace mucho se advertía,

dirigimos y encauzamos la vida de las personas bajo la justificación de un tratamiento apropiado, y es en esa guía donde podemos mostrarnos más abusivos y directivos, y donde también podemos enmascarar los excesos de autoridad bajo los términos de autonomía, empoderamiento y comunidad. Por desgracia, todas nuestras palabras profesionales tienen trampa y esconden una cara de manipulación, chantaje e impostura (Desviat, Colina y Huertas, 2020: 85).

Este no es el sentido con el que tan contradictorio concepto se utiliza en el ámbito del activismo que, como puede suponerse, se inspira en lo que hemos llamado modelo radical de empoderamiento. Para comprender mejor su significado y su alcance analicemos, una vez más, la aportación de Judi Chamberlin al respecto, porque nos dará claves suficientes para saber de qué hablamos cuando nos referimos al empoderamiento de locas y locos en el marco del movimiento de supervivientes de la psiquiatría.

Judi Chamberlin fue una de las fundadoras y directora de educación del Centro Nacional de Empoderamiento (National Empowerment Center) con sede en Lawrence, Massachusetts, una organización con el objetivo de "llevar un mensaje de recuperación, empoderamiento, esperanza y curación a las personas con experiencia vivida con problemas de salud mental, trauma y/o estados extremos" (http://power2u.org/what). Aunque el concepto de empoderamiento está presente a lo largo de toda su obra, es en un artículo titulado "A working definition of empowerment" (Chamberlin, 1997) donde más claramente podemos acceder a las ideas que esta activista tenía al respecto.

Chamberlin comienza reconociendo la ambigüedad del término y la flexibilidad de su significado que, como ya hemos visto, variará dependiendo desde qué posiciones políticas e ideológicas se formule. Se lamenta de que algunos políticos conservadores de Estados Unidos han promovido una reforma del bienestar afirmando

que los recortes de las ayudas sociales empoderan a los beneficiarios porque contribuyen a hacerles “autosuficientes” (Chamberlin, 1997: 43). No debemos olvidar que ya en los años sesenta y setenta el concepto de empoderamiento fue utilizado en Estados Unidos para oponerse al ambicioso programa de protección social que la Administración del presidente Lyndon B. Johnson puso en marcha en 1964 y que se denominó Great Society (Zelizer, 2015). Su objetivo era la lucha contra la pobreza, que incluía un importante aumento del gasto público federal en educación, sanidad, reformas urbanas, etc. Sus contenidos y su filosofía eran similares al New Deal de la época de Roosevelt que pretendió hacer frente a las consecuencias de la gran crisis del 29. En este contexto, el vocablo empoderamiento fue utilizado por oposición a los programas de la Great Society. El ensayo de Peter Berger y Richard Neuhaus (1977) titulado Empower People alcanzó gran éxito e influencia en círculos liberales y conservadores.

Aun reconociendo todas estas dificultades conceptuales, Chamberlin ofrece su propia visión del empoderamiento de las personas psiquiatrizadas dejando claro su enfoque y sus objetivos. La líder activista creó, en el marco de un proyecto de investigación desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, un grupo de discusión con el fin de trabajar en una definición de empoderamiento que pudiera ser asumida en los discursos y las prácticas del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. Se confirmó que la compleja y multidimensional noción de empoderamiento describe un proceso dinámico y no un evento o una situación concreta. Asimismo, se llegó a una definición de empoderamiento mediante la agrupación de una serie de elementos que, sin necesidad de que estuvieran todos presentes, resultaban de utilidad para manejar el concepto con cierta solvencia. Dichos elementos pueden enumerarse y definirse del siguiente modo (Chamberlin, 1997: 44 y ss.):

Tener poder de decisión: decidir por sí mismo sobre su propia vida, sobre el curso general del tratamiento, etc., intentando evitar el paternalismo de profesionales y/o familiares, y las relaciones de dependencia.

Tener acceso a información y recursos: para tener poder de decisión es

imprescindible contar con una información adecuada, suficiente y contrastada. La restricción de la información "por el bien del paciente" es una forma de paternalismo que impide la independencia de las personas psiquiatrizadas.

Tener una gama de opciones para poder elegir: en clara relación con los dos puntos anteriores.

Asertividad: capacidad para poder expresar los deseos y obtener lo que uno quiere, algo que se tiende a negar a las personas con un diagnóstico psiquiátrico, a quienes se tiende a manipular y negar sus aspiraciones.

Sentimiento de que el individuo puede marcar la diferencia: la esperanza es un elemento esencial. Se insiste en la necesidad de creer en la posibilidad de cambios y mejoras. Etiquetas como "crónico" o "incurable" transmiten desesperanza y dificultan o impiden cualquier esfuerzo subjetivo de autorreparación.

Aprender a pensar críticamente; ver las cosas de otra manera: según comenta Chamberlin, este punto fue el que más debate suscitó en el grupo de trabajo, pero es también uno de los más importantes. En este proceso de desarrollar un pensamiento crítico cobra una importancia capital el intercambio de las historias de vida de los pacientes, experiencias en las que poder reconocer las relaciones de poder, a menudo ocultas, que se establecen en el acto clínico, asistencial o terapéutico. Escuchar y ser escuchado en los grupos de apoyo mutuo, por ejemplo, permite comparar experiencias y puntos de vista.

Aprender a expresar enfado: que una persona no psiquiatrizada, y considerada "normal", muestre su enfado es algo habitual que suele ser aceptado sin demasiados problemas, pero si es un paciente el que expresa su irritación, aun teniendo poderosas razones para ello, queda restringido, prohibido y contenido. Los profesionales pueden considerar que el sujeto se está "descompensando" y la mayoría de la población mostrar miedo o desconfianza por una errónea sobreestimación del poder destructivo de la locura. Por eso, las personas psiquiatrizadas necesitan, según Chamberlin, oportunidades para aprender sobre la ira, para expresarla con seguridad, y reconocer sus límites.

No sentirse solo; sentirse parte de un grupo: un elemento muy importante

de la definición del grupo de Boston es su dimensión grupal. El empoderamiento de los individuos tiene que ver con sentir la conexión con otras personas, con ser capaces de pensar en colectivo y de compartir problemas y soluciones.

Comprender que las personas tienen derechos: el movimiento de autoayuda (self-help movement), o de apoyo mutuo si se prefiere, es parte de un movimiento más amplio para establecer derechos legales básicos. Como ya hemos apuntado, existen marcados paralelismos entre el activismo de supervivientes de la psiquiatría y otros movimientos de personas oprimidas o desfavorecidas, incluyendo las minorías raciales, mujeres, gais y lesbianas o personas con discapacidades. La lucha por la igualdad de derechos es común a todos. Entendiendo nuestros derechos —advierte Chamberlin— aumentamos nuestro sentido de fuerza y autoconfianza.

Efectuar un cambio en la vida y la comunidad de uno: el empoderamiento es un "sentimiento" que debe actuar como precursor de acciones que deben propiciar cambios reales (tanto personales como en una dimensión grupal), lo que a su vez aumenta sentimientos de dominio y control.

Habilidades de aprendizaje que el individuo define como importantes: en ocasiones se atribuye a las personas en tratamiento psiquiátrico escasas habilidades, olvidando que a menudo se les imponen labores monótonas y poco interesantes para ellas. Sin embargo, cuando dichas personas tienen la oportunidad de aprender cosas que quieren aprender, que les gustan o que son importantes, pueden demostrar un gran desarrollo de competencias.

Cambiar las percepciones de otros sobre la competencia y capacidad de actuar: este punto está íntimamente relacionado con el anterior. A medida que uno se vuelve más capaz de tomar el control de la vida, demostrando una similitud esencial con llamadas personas "normales", la percepción sobre sus capacidades y competencias debería cambiar.

Salir del armario: la expresión, como es obvio, está tomada del movimiento de liberación LGTB, cuyo origen concreto se sitúa en 1969, tras los disturbios de Stonewall, consecuencia de la reacción del colectivo a una redada de la policía en un pub "de ambiente" situado en el barrio de Greenwich Village de Nueva York (Duberman, 2018). Se

inició así un nuevo activismo, con la aparición de nuevas organizaciones, como el Frente de Liberación Gay (Gay Liberation Front) —nombre inspirado en el Frente Nacional de Liberación de Vietnam— o la Alianza de Activistas Gais (Gay Activists Alliance). En 1970, en conmemoración de los sucesos de Stonewall tuvo lugar la primera marcha del Orgullo Gay. La influencia del movimiento LGTB en el de supervivientes de la psiquiatría es innegable, no solo por inspirar el Orgullo Loco, sino también por el componente de empoderamiento que supone revelar la condición e identidad de uno mismo sin vergüenza ni disimulos.

Crecer y cambiar nunca es definitivo: el empoderamiento no es un destino, sino un viaje, un proceso permanente. Nadie llega a una meta, ni a una situación en la que los cambios ya no son necesarios.

Aumentar la autoimagen positiva de uno mismo y superar el estigma: mediante el proceso de empoderamiento las personas se sienten más seguras y capaces de administrar su propia vida, mejorando la imagen que tienen de sí mismos. La imagen negativa del "paciente mental" debe ir transformándose hasta descartar la etiqueta por completo o ser redefinida con cualidades positivas.

La propuesta de estos quince puntos permite a Judi Chamberlin plantear una definición de empoderamiento que permite profundizar y matizar el concepto situando el foco en las personas con sufrimiento psíquico. Se trata de proposiciones que, como puede verse, siguen presentes —con matizaciones y actualizaciones — en el activismo actual, para el que el concepto de empoderamiento sigue siendo crucial. Así, solo a modo de ejemplo (podrían encontrarse otros similares), Hernán María Sampietro (2016) enumeraba en un artículo reciente las características del Modelo ActivaMent, una asociación constituida, gestionada y dirigida por las propias personas con experiencias personales de trastorno mental, registrada como entidad jurídica el 10 de octubre de 2011, al calor del 15-M. Dichas características quedaban formuladas del siguiente modo: "Actuamos en primera persona […] Somos asamblearios […] Promovemos el activismo […] Trabajamos en red" (Sampietro, 2016: 203). Es decir, horizontalidad, participación activa, colaboración, etc. como elementos facilitadores de estrategias y actividades que se planifican en tres

grandes ejes: apoyo mutuo, empoderamiento y lucha contra el estigma y el autoestigma.

En torno al concepto de recuperación

Aunque no forma parte de los objetivos directos de este ensayo, merece la pena dedicar unas líneas al concepto de "recuperación" en salud mental porque es otro ejemplo de cómo un término puede sufrir modificaciones conceptuales y terminar significando cosas diferentes en función de quién lo formule (Alonso Suárez, 2016). En 2014, el Gruppo Ricerca e Recovery, junto con usuarios y trabajadores de los Centros de Salud Mental de Trieste, dieron a conocer "La carta della recovery", en la que planteaban una serie de actuaciones para el mejor funcionamiento de los servicios que pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) servicios centrados en las personas, orientados a favorecer su subjetividad con respuestas personalizadas; 2) capacidad para afrontar las crisis en aquellos momentos en los que la persona no esté segura de hacerlo por sí misma (acogida adecuada, cercanía, escucha, ayuda farmacológica si se considera procedente, acompañamiento hasta la recuperación); 3) formación adecuada del personal (legislación, derechos, habilidades de comunicación y de acogida), incluyendo los conocimientos procedentes de la experiencia directa de las personas que han vivido una crisis psíquica; 4) programas de inserción laboral e inclusión social; 5) lucha contra el estigma y el prejuicio; 6) estimular la creación de redes de "personas significativas" en torno a los pacientes para favorecer la reconstrucción de vínculos sociales; 7) propiciar espacios de escucha y de reunión donde prime el diálogo y la comunicación, contando con personas que, habiendo pasado por experiencias similares, pueden actuar de "facilitadores" al ofrecer su propio conocimiento para ayudar a la recuperación —este "apoyo entre pares" se considera complementario pero no sustitutivo del servicio—; 8) apoyo a la creación de asociaciones de pacientes y familiares que actúen como interlocutores para una renovación del lenguaje y de los instrumentos empleados en el campo de la salud mental; y 9) comités éticos que identifiquen posibles obstáculos en el proceso de recuperación y que propicien una investigación participativa, crítica e innovadora que ayude a

mejorar la comprensión tanto de los problemas que afectan a las personas como del funcionamiento de los servicios.

Esta propuesta de funcionamiento de los servicios de salud mental recoge la tradición basagliana (Huertas, 2018: 49) e incorpora elementos procedentes del movimiento de recuperación propugnado por el activismo en primera persona. Sin duda un buen ejemplo de integración de saberes y prácticas, propia quizá de la cultura triestina pero difícil de desarrollarse en otros contextos.

El concepto recuperación (recovery) surgió desde el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría para describir el proceso de superación y fortalecimiento frente a las experiencias negativas que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos habían vivido en el sistema psiquiátrico (Beresford y Russo, 2016). A través del activismo social y el apoyo colectivo, el concepto de recuperación venía a expresar un modo alternativo de entender las experiencias subjetivas sobre la locura que propugnaba la reapropiación de los derechos humanos y la reafirmación de la justicia social (Cea-Madrid y Castillo, 2018: 564). No se trataba de un nuevo paradigma o de un nuevo modelo, sino de una perspectiva que surgía desde las propias personas que habían vivido la experiencia de la psiquiatrización cuyo fin era reorientar las miradas acerca de la locura, haciendo hincapié en sus relaciones, contextos y significados sociales (Frese y Davis, 1997).

En su origen, el concepto de recuperación implicaba, como acabamos de ver, la superación de las limitaciones impuestas por las etiquetas diagnósticas y el reconocimiento del potencial de las personas, proceso en el que el apoyo mutuo habría de ocupar un lugar central. En este contexto, desaparecía la separación entre lo individual y lo colectivo (Deegan, 1988), de modo que la participación en organizaciones y grupos de pares resultaba fundamental para poner en común experiencias personales en el marco de acciones sociales y causas políticas (Adame y Knudson, 2007). Se insistía, una vez más, en que las personas que han vivido la experiencia del diagnóstico son los indicados y los verdaderos expertos en su recuperación o, dicho de otro modo, es posible que exista recuperación sin la figura del profesional, pero no puede haber recuperación sin el compromiso por parte de la persona y su

comunidad (Agrest y Druetta, 2011).

Sin embargo, como ya he adelantado, el término recuperación acabó sufriendo cambios conceptuales profundos que terminaron vaciando de contenido su talante y sus objetivos. Juan Carlos Cea-Madrid y Tatiana Castillo (2018), desde el Centro de Estudios Locos de Chile, han analizado con acierto este proceso, relacionándolo con las consecuencias del neoliberalismo en el sector de la salud mental. Según nos explican, a mediados de la década de los ochenta, el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría decae en visibilidad y capacidad organizativa con su integración a la Conferencia Anual "Alternatives" financiada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos. Este hito marcó el inicio de un proceso de institucionalización de las acciones de defensa de derechos y de las formas de apoyo mutuo en el marco del avance de políticas de salud mental y procesos de reforma psiquiátrica. Diversas iniciativas se asociaron a centros de investigación y casas de estudio para desarrollar sus propuestas teóricas (como el modelo de "recuperación" [recovery]) y prácticas alternativas (como el programa de "apoyo de pares" [peer support]), en directa vinculación con servicios públicos de salud mental, por lo que perdieron su autonomía crítica e independencia financiera (Cea-Madrid y Castillo, 2016). Este giro en las condiciones de desarrollo del movimiento en el cual nace el concepto de recuperación no estuvo exento de reformulaciones en torno a su significado, pues entrañaba contradicciones con sus planteamientos originales (Cea-Madrid y Castillo, 2018: 566 y ss.). A lo largo de las décadas de los ochenta y los noventa, el concepto de recuperación, que surgió a partir de las experiencias positivas de las personas "al salir" o "ir más allá" de los servicios de salud mental, fue reintegrado como un enfoque complementario a las corrientes predominantes de la psiquiatría hegemónica (McLean, 2000). Para llevar a cabo este proceso, fue necesario circunscribir el concepto de recuperación a los estrechos límites de la "enfermedad mental" y, a su vez, limitar su desarrollo a una perspectiva individual anulando su componente colectivo. De este modo se llegó a sostener que: recuperación [recovery] en salud mental refiere al proceso de cambio individual de actitudes, valores, sentimientos, metas y habilidades con el fin de vivir una vida satisfactoria dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad mental (Anthony,

1993). El concepto de recuperación adquiere, así, un nuevo significado en un escenario diametralmente distinto al que lo hizo posible en sus orígenes.

Desde una situación en la que prevalecía la discusión pública sobre los derechos civiles y la autonomía de la locura al considerar la voz, la protesta y la participación de sus protagonistas, se pasó a un contexto en el que la potencialidad de este movimiento es conducida al lugar de la "enfermedad", bajo el lenguaje del "usuario" como cliente y consumidor de prestaciones clínicas, asistenciales y psicofarmacológicas, en una sociedad global dominada por la lógica del mercado. Es como si, en la actualidad, el modelo de recuperación sufriera una "amnesia social" respecto a la visión emancipadora que originalmente representó (McLean, 1995).

En definitiva, el neoliberalismo ha logrado distorsionar el concepto de recuperación y reducirlo a su componente individual (McWade, 2016), es decir, a un proceso de cambio personal a través del cual los individuos desarrollan una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial por medio de servicios ajustados a sus necesidades. Las personas diagnosticadas comienzan a asumir una actitud activa y de responsabilidad frente "a su tratamiento", adquieren un mayor conocimiento sobre los aspectos "de su enfermedad" y optimizan así la relación servicio-usuario. La construcción de vínculos comunitarios, la participación en procesos colectivos o el fortalecimiento de redes solidarias que eran propias del movimiento de expacientes o supervivientes fueron perdiendo presencia en ámbitos sociales y profesionales en los que prima el individualismo y la medicalización de la subjetividad.

Es preciso reconocer que el modelo de recuperación en salud mental se encuentra en el centro de las estrategias de poder y de transformaciones globales que permitieron modernizar y racionalizar las condiciones de ejercicio de la psiquiatría en un contexto neoliberal (Cea-Madrid y Castillo, 2018). Estos elementos facilitaron la recomposición del poder de la psiquiatría biológica y se potenciaron mutuamente en un escenario de creciente medicalización y en un contexto social dominado por los valores del neoliberalismo (Moncrieff, 2014). Bajo los parámetros del modelo de recuperación, cada usuario o consumidor de servicios de salud

mental puede asumir “su enfermedad” y elegir “su tratamiento” de manera libre en la sociedad, pero no cambiar su estructura ni cuestionar lo establecido, reproduciendo una ideología afín a los principios del orden neoliberal (Moncrieff, 2006).

En 2016, un grupo de supervivientes de la psiquiatría de Reino Unido elaboró un documento titulado Recovery in the bin (recuperación a la papelera o a la basura) en el que se denuncia la colonización del concepto de recuperación por parte de los servicios de salud mental en el marco del neoliberalismo. Se trata de un texto político que aboga por un “modelo social de locura, angustia y confusión” sólido, que sitúe la salud mental en el contexto de la justicia social y la lucha de clases en general. El manifiesto original, que puede encontrarse en http://recoveryinthebin.org, fue traducido y difundido en España por la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), y se puede acceder desde https://amsm.es/2016/10/17/recovery-in-the-bin, siendo una buena muestra de la reacción a todo este proceso por parte del activismo más radical.

La producción escrita que ha generado y genera el activismo en salud mental es muy amplia e imposible de repasar aquí con una mínima profundidad. Buena parte del activismo en primera persona tiene como eje fundamental una politización del sufrimiento psíquico que puede identificarse con claridad en algunos de sus medios de expresión. Se trata de productos difíciles de localizar y de clasificar. Es de destacar el esfuerzo de recopilación de documentos y materiales accesibles en red (studymore.org.uk/MPU.HTM), llevado a cabo desde abril de 2005 por el Survivors History Group (www.nsun.org.uk/faqs/survivors-history-group), integrado en la Red Nacional británica de usuarios y supervivientes (National Survivor User Network).

En España esta labor es más compleja; las fuentes están más dispersas y las posibilidades de localización y recopilación parecen más limitadas. Solo a modo de ejemplo, se pueden citar algunas revistas y fanzines elaborados y distribuidos de manera precaria y sin periodicidad fija (reconocida por sus propios editores), como Esfuerzo. Publicación intermitente de pensamiento refractario o Enajenadxs. Publicación intermitente sobre salud mental y revuelta.

Sin embargo, las posibilidades de información y difusión de un pensamiento alternativo en salud mental que parta de los propios psiquiatrizados ha crecido de manera exponencial en los últimos años gracias a las posibilidades técnicas que ofrece la radio y, sobre todo, las redes sociales. Y no me refiero tanto a las conocidas Mad in America o Mad in America Hispanohablante, que son verdaderos emporios de producción sobre locura, comunidad y derechos humanos, o a redes internacionales como Hearing Voices (Romme y Escher, 1993; 2000), sino a iniciativas más locales como las que, en nuestro medio, pueden representar Primera Vocal (https://primeravocal.org) y su ingente esfuerzo por recopilar y hacer accesibles textos y materiales que contribuyan, como desde el propio blog se explica, "a combatir la dominación a la que nos vemos sometidos en tanto que psiquiatrizados". Otras muchas asociaciones, federaciones y redes (Proyecto Chamberlin, Asociación Hierbabuena, Flipas GAM, InsPIRADAS, etc.) han ido surgiendo en los últimos años (Plaza, 2019; Cazorla Palomo, 2018). De obligada referencia es también el colectivo Locomún, cuya iniciativa para desarrollar la campaña #0Contenciones ha permitido elaborar un archivo de materiales y testimonios escritos de personas sometidas a contención física que constituyen, a mi juicio, una fuente de enorme valor para darnos cuenta no ya de la experiencia del internamiento, sino de la aplicación concreta, en personas concretas, de tales intervenciones. Una problemática importantísima, la de las contenciones, que está siendo objeto de una profunda revisión crítica por parte de los profesionales más comprometidos y sensibilizados con la absoluta necesidad de no vulnerar los derechos humanos de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El Manifiesto de Cartagena "por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción"[8] fue presentado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, junto con la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental en primera persona, la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1ª Persona – VEUS y la Confederación Salud Mental España, en 2016. Un manifiesto que puede considerarse un punto de partida que ha encontrado continuidad en otras propuestas técnicas cuyo objetivo es avanzar en la abolición de la coerción (Moreno, Ibáñez y Gómez Beneyto, 2017; Inchauspe, 2019; Moreno y Fernández Liria, 2020), así como en contribuciones desde el activismo. Las aportaciones surgidas desde Primera Vocal a

propósito de la difusión del Manifiesto de Cartagena me parecen una buena muestra de la posición ante el problema de la coerción psiquiátrica de este órgano de expresión del activismo en primera persona. Tras la declaración de intenciones recogidas en el mencionado manifiesto, se preguntan: ¿Y ahora qué?, y formulan una serie de puntos que merece la pena reproducir:

Hay que definir los elementos que hay que superar, entender qué personas e instituciones defienden la coerción y por qué (es decir, qué sacan de ello y cuál es el proceso histórico que se halla en la base de esa práctica).

Eso implica asumir el conflicto, la confrontación, y por tanto el riesgo que siempre está asociado a él. Desafiar el statu quo supone siempre incidir en el momento vivido y abrir un horizonte de posibilidad. Y ese hacer siempre va a encontrar reacciones contrarias.

En este sentido, los activistas que trabajamos desde nuestra condición de personas diagnosticadas por la psiquiatría tenemos mucho menos que perder —al menos en términos materiales— que los profesionales que cuestionen en su día a día todas esas prácticas que vulneran nuestros derechos humanos.

Extender el conflicto implica la necesidad de acabar con el corporativismo. Los intereses basados en el respeto a los derechos humanos están siempre por encima de los intereses profesionales. Por esa razón, cuando un profesional y una persona que sufre psíquicamente reclaman un trato humano en determinados espacios tienen más que ver entre sí que dos profesionales de la salud mental por el mero hecho de serlo.

Si las exigencias no se convierten en hechos, seguiremos atascados en la misma equívoca realidad que usa el lenguaje para invocar el cuidado y la violencia para garantizar que todo siga igual.

Por tanto, las exigencias deben levantarse sobre argumentos y fuerzas acumuladas. Este segundo componente es más fácil de concretar: denuncia, protesta y visibilización de una realidad que

suele ser desconocida para la mayor parte de la sociedad civil. El primer componente debe convencer y arrastrar al enemigo a callejones sin salida donde, si no cede, al menos demuestre su verdadera naturaleza[9].

Las webs y las redes sociales son también utilizados por otros muchos colectivos, como Psiquiatrizadxs en lucha, surgido en los años setenta (López Linaje, 1977; Pardo, 1978), los Grupos de Apoyo Mutuo, etc. Si en otro tiempo los fanzines, libros, jornadas, etc. eran los vehículos de difusión y comunicación, resulta evidente que la web y las redes sociales aparecen hoy como medio de expresión prioritario e inmediato del activismo, aunque tampoco debemos olvidar que los viejos soportes siguen teniendo presencia y eficacia, como lo demuestra el cómic Desmesura (Balius y Pellejer, 2018), con una cuidada edición en papel y en cuyos contenidos se atraviesan de manera magistral la sabiduría que otorga la experiencia en primera persona, la crónica del paso por el aparato psiquiátrico, la enseñanza para los lectores (cualquiera que sea su estado mental reconocido) y el activismo que supone afirmar que es preciso pensar y actuar sobre la locura de otra manera.

A modo de reflexión final, no cabe duda de que en los últimos tiempos el activismo en primera persona está cuestionando, para el que quiera escucharlo, el supuestamente inamovible y cerrado escenario de la salud mental. Un escenario para el que, como advierte Manuel Desviat, no parece haber “un afuera”:

No hay un afuera de la psiquiatría biológica, la medicina deshumanizada de las grandes corporaciones técnico-empresariales. No hay un afuera de la desigualdad creciente, la inequidad, el trabajo precario y la servidumbre de los dictámenes de los grupos de presión que dominan el mundo. No lo hay de la alienación consentida, consciente o inconscientemente, del refugio en un nosotros cada vez más reducido en la deuda y el consumo.

[…]

Se hace necesario crear nuevos escenarios de resistencia contrahegemónica y de construcción de alternativas, y es evidente que un futuro alternativo en eso que se ha dado en llamar salud mental es impensable, hoy día, sin contar con todos los agentes sociales implicados y, de manera particular, con las personas con diagnóstico psiquiátrico o con malestares psíquicos, como partícipes con capacidad de decisión en cualquiera que sea la terapia que pueda plantearse, pero también como activistas en un movimiento de transformación de las instituciones y de la teoría y práctica de la salud mental (Desviat, 2016: 16-17).

En cualquier movimiento social coinciden elementos diversos y, en ocasiones, difíciles de compaginar. En el caso que nos ocupa, la politización del sufrimiento, las ideas procedentes del movimiento antipsiquiátrico (que tampoco es uniforme); las tensiones y diferencias entre los profesionales; entre los profesionales y los/las "pacientes"; entre las propias personas diagnosticadas; entre estas y las familias, etc., dan lugar a una amalgama de sensibilidades, preocupaciones y prioridades que se atraviesan constantemente. A todo lo cual hay que añadir el papel de los medios de comunicación, y la actitud de la opinión pública o la ciudadanía en la que hay que reconocer un poso cultural de desconfianza o temor hacia la locura. En definitiva, podemos decir que la "salud mental" es un "campo", en el sentido de Bordieu (1979); es decir, un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas, pero un "campo de discordia" (field of contention), tal como Nick Crossley (2006) lo definió para el movimiento antipsiquiátrico británico, con fenómenos de colaboración y competencia, correlaciones de fuerzas cambiantes y estrategias compartidas o confrontadas.

Pero además de estos "campos de discordia", que conviene identificar y reconocer para entender mejor su creación y funcionamiento (Crossley, 2002), los movimientos sociales contemporáneos conllevan elaboraciones alternativas de saberes, formas diferentes de interpretar la realidad y enunciaciones que no están centradas, como decíamos en el primer capítulo, en experticias reconocidas. Esto requiere espacios diferentes de

producción discursiva, lugares donde utopías por definición inalcanzables encuentran cierto grado de concreción real que, aun quedando lejos de las aspiraciones e ideales del movimiento, cumplen funciones muy importantes porque posibilitan la producción de conocimiento y permiten nuevas experiencias y contradiscursos. Son las working utopias, categoría propuesta también por Crossley (1999) en su estudio sobre el Kingsley Hall de Laing o la reformas basaglianas en Trieste, que podría aplicarse a otras experiencias posteriores, como Soteria o Diálogo Abierto (Huertas, 2018), pero también, y de manera muy específica, a los espacios representados por los Grupos de Apoyo Mutuo y otras iniciativas como las basadas en la difusión radiofónica, como la pionera Radio La Colifata de Buenos Aires o Radio Nikosia (Correa-Urquiza, 2015). Espacios políticos y asamblearios, experiencias colectivas que generan conocimiento y prácticas de acompañamiento, de ayuda, de concienciación, de empoderamiento, etc.

En definitiva, "cuando la locura toma la palabra", según la expresión de Marta Plaza (2019), se pone en evidencia no solo la existencia de subjetividades distintas, sino la capacidad de denuncia de vulneración de derechos, la posibilidad de alternativas de atención y de cuidados sin imposiciones —pensadas desde el acompañamiento, el apoyo mutuo y la horizontalidad—, y la constatación innegable de que los seres humanos somos diversos. Una diversidad que nos debe hacer entender que nadie está exento de experimentar malestar o sufrimiento, que es mejor incluir que excluir, que vale la pena apoyarse mutuamente y comprender que agredir e ignorar. De algún modo, debería reconocerse un "derecho al delirio", no solo porque puede ser una forma de defensa o un esfuerzo de autorreparación, como ya hemos dicho, sino porque puede confrontarnos con lo que se entiende por "normal". Parafraseando a Eduardo Galeano: "¿Qué tal si deliramos por un ratito? ¿Qué tal si clavamos los ojos más allá de la infamia para adivinar otro mundo posible?".

Bibliografía

Acquaroni, R. (2019): La casa grande, Madrid, Bartleby Editores.

Adame, A. y Knudson, R. (2007): "Beyond the counter-narrative: Exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement", Narrative Inquiry, 17 (2), pp. 157-178.

Adenhold, V., Stastny, P. y Lehmann, P. (2007): "Soteria: An alternative mental health reform movement", en P. Stastny y P. Lehmann (eds.), Alternatives beyond psychiatry, Berlín, Peter Lehmann Publishing, pp. 146-160.

Agrest, M. y Druetta, I. (2011): "El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios", Vertex, 95, pp. 56-64.

Alberca, M. (2007): El pacto ambiguo. De la novela autobiográfica a la autoficción, Madrid, Biblioteca Nueva.

Alexander, P. (2017): Magia cruda. Una biografía de Sylvia Plath, Valencia, Barling.

Alonso Suárez, M. (2016): "Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental", Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN, 40, https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-re cuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez (consultado el 20 de junio de 2020).

Álvarez, J. M. (1999): "Paul Schreber, sus psiquiatras y sus manicomios", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 19 (72), pp. 627-630.

— (2017): Estudios sobre psicosis, Barcelona, Xoroi.

— (2020): Principios de una psicoterapia de la psicosis, Barcelona,

Xoroi.

Álvarez, J. M. y Colina, F. (2012): “Daniel Paul Schreber, profesor de psicosis”, Átopos, 13, pp. 103-111.

Amann, J. (2010): Robert Walser. Una biografía literaria, Madrid, Siruela.

Amorós, C. (1987): Søren Kierkegaard o la subjetividad del caballero, Barcelona, Anthropos.

Angosto, T. (2006): “El Dr. Román Alberca y las psicopatías”, Átopos, 5, pp. 62-75.

Anthony, W. (1993): “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s”, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), pp. 11-23.

Ariès, P. y Duby, G. (eds.) (1988): Histoire de la vie privée, 5 tomos, París, Seuil.

Augé, M. (1992): Non-Places: An Introduction to Anthropology of Supermodernity, París, Seuil.

Bacqué, M. H. y Biewner, C. (2016): El empoderamiento. Una práctica emancipadora, Barcelona, Gedisa.

Balius, F. y Pellejer, M. (2018): Desmesura. Una historia cotidiana de locura en la ciudad, Barcelona, Bellaterra.

Ballester Roca, J. e Ibarra-Rius, N. (2018): “Virginia Woolf between writing and disease”, Métode Sciences Studies Journal, 8, pp. 223-229.

Baquero, M., Conseglieri, A. y Álvarez-Arenas, J. (2019): “La escritura como puente a los otros: a propósito de Annemarie Schwarzenbach”, Comunicaciones libres, XXIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental, Madrid, AMSM-AEN, pp. 43-48.

Baquero, M. (e. p.): “El arte frente a la problemática de la otredad, a propósito de la literatura de entreguerras de Annemarie

Schwarzenbach".

Barfoot, M. y Beveridge, A. (1990): "Madness at crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87", Psychological Medicine, 20, pp. 263-284.

Barthes, R. (1977): Fragments d'un discours amoureux, París, Seuil.

Basaglia, F. (1968): L'istituzione negate. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Torino, Einaudi.

Basaglia, F. y Basaglia Ongaro F. (1966): "Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica", Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 90 (6), pp. 1484-1503.

— (1969): Morire di classe: la condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, Turín, Einaudi.

Bateson, G. (ed.) (1961): Perceval's narrative. A patient's account of his psychosis 1830-1832, Londres, The Stanford University Press.

Beberly, J. (2004): Subalternidad y representación, Madrid, Iberoamericana.

Beers, C. W. (1908): A Mind That Found Itself. An Autobiography, Nueva York, Doubleday.

Benedetti, M. (2009): Antología poética. Selección del autor, Madrid, Alianza Editorial.

Benoiston, J. (1952): Le journal de l'hôpital psychiatrique. L'information comme moyen thérapeutique [Tesis doctoral], París.

Beresford, P., Nettle, M. y Perring, R. (2009): Towards a Social Model of Madness and Distress?: Exploring What Service Users Say, York, Joseph Rowntree Foundation.

Beresford, P., Perring, R., Nettle, M. y Wallcraft, J. (2016): From Mental Illness to a Social Model of Madness and Distress?: Exploring What Service Users Say, Londres, Shaping and Lives and National Survivor User Network (NSUN).

Beresford, P. y Russo, J. (2016): “Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option”, Disability & Society, 31 (2), pp. 270-274.

Berger, P. y Neuhaus, R. (1977): Empower People. The Role of Mediating Structures in Public Policy, Washington, D. C., American Enterprise Institute for Public Policy Research.

Berman, J. (2019): Mad Muse. The mental illness memoir in a writer’s life and work, Bingley, Emerald Publishing.

Berridge, V. (2007): “Public health activism: lessons from history?”, British Medical Journal, 335, pp. 1310-1311.

Beveridge, A. (1997): “Voices of the mad: patients’ letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908”, Psychological Medicine, 27 (4), pp. 899-908.

Beveridge, A. (1998): “Life in the Asylum: Patients’ Letters from Morningside, 1873-1908”, History of Psychiatry, 9, pp. 431-469.

Bleandonu, G. (1976): Dictionnaire de psychiatrie sociale, París, Payot.

Bordieu, P. (1979): La distinction. Critique sociale du jugement, París, Minuit.

Brashers, D., Haas, S., Klingle, R. y Neidig, J. (2000): “Collective AIDS activism and individuals’ perceived self-advocacy in physician-patient communication”, Human Communication Research, 26, pp. 372-402.

Brown, P., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello-Frosch, R. y Altman, R. (2004): “Embodied health movements: new approaches to social movements in health”, Sociology of Health & Illness, 26, pp. 50-80.

Buberman, M. (2018): Stonewall. El origen de la revuelta, Madrid, Imperdible.

Burstow, B. (2019): “‘Activism is my Real Job’: The Mad Movement in Chile Dialogue with Tatiana Castillo”, The Revolt Against

Psychiatry, Londres, Palgrave Macmillan, pp. 109-119.

Burstow, B. y LeFrançois, B. A. (2014): "Impassioned praxis: An introduction to theorizing resistance to psychiatry", en B. Burstow, B. A. LeFrançois y S. Diamond (eds.), Psychiatry disrupted. Theorizing resistance and crafting the (r)evolution, Montreal, McGill/Queen's University Press, pp. 3-15.

Busfield, J. (1988): "Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments", Sociology of Health & Illness, 10 (4), pp. 521-542.

Butscher, E. (1976): Sylvia Plath: Method and Madness, Nueva York, Seabury Press.

Cade, J. F. J. (1949): "Lithium salts in the treatment of psychotic excitement", The Medical Journal of Australia, 2, pp. 349-352.

Calasso, R. (2008): Nota sobre los lectores de Schreber, Barcelona, Sexto Piso.

Caminero-Santangelo, M. (1998): The mad- woman can't speak: or why insanity is not subversive, Ítaca/Londres, Cornell University Press.

Campos, R. y Huertas, R. (2008): "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a manicomios y su papel en la génesis y desarrollo de la psiquiatría", Arbor, 184 (731), pp. 471-480.

Cançado, M. L. (1991): Hospício é Deus, 3ª ed., São Paulo, Círculo do Livro.

Candela, R. (2018): El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada [Tesis doctoral], Madrid, UCM.

Candela, R. y Villasante, O. (2013): "Degeneracionismo y 'escritura' en el Manicomio Nacional de Leganés", en D. Simón, C. Gómez, A. Cibeira y O. Villasante (eds.), Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, Madrid, Asociación Española de

Neuropsiquiatría, pp. 345-354.

Canetti, E. [1960] (1983): Masa y poder, Madrid, Alianza.

— (2005): Luces y sombras, Madrid, Biblioteca Nueva.

Carlisle, L. V. (2011): Elizabeth Packard: A Noble Fight, Urbana, University of Illinois.

Carpinello, M. (2006): "Dos místicas de la Edad Media: Hildegarda de Bingen y Gertrudis de Helfta la Grande", en M. Chiaia (coord.), El dulce encanto del corazón. Mujeres místicas desde Hildegarda a Simone Weil, Madrid, Narcea, pp. 67-84.

Carrington, L. (1995): Memorias desde abajo, Madrid, Siruela.

Castel, F., Castel, R. y Lovell, A. (1980): La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano, Barcelona, Anagrama.

Castillo Parada, T. (2019): "De la locura feminista al 'feminismo loco': hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea", Investigaciones feministas, 10 (2), pp. 399-416.

Castillo, A. y Sierra, V. (2005): "Prólogo. Entre la represión y la libertad", en A. Castillo y V. Sierra (eds.), Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento, Gijón, Trea, pp. 11-14.

Cazorla Palomo, J. (2018): "Análisis del mundo asociativo 'en primera persona' en salud mental en Cataluña", Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 25, pp. 115-132.

Cea-Madrid, J. C. (ed.) (2018): Por el derecho a la locura. La reinvención de la salud mental en América Latina, Santiago de Chile, Proyección.

Cea-Madrid, J. C. y Castillo-Parada, T. (2016): "Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas", Teoría y Crítica de la Psicología, 8, pp. 169-192.

— (2018): "Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría

en la salud mental contemporánea", Política y Sociedad, 55 (2), pp. 559-574.

Chamberlin, J. (1975): "Women's Oppression and Psychiatric Oppression", en D. E. Smith y S. J. David (eds.), Women Look and Psychiatry, Vancouver, Press Gang Publishers, pp. 39-46.

— (1978): On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System, Nueva York, Haworth Press.

— (1984): "Speaking for ourselves: An overview of the expsychiatric inmates' movement", Psychosocial Rehabilitation Journal, 8 (2), pp. 56-63.

Chamberlin, J. (1987): "The case for separatism: Expatient organizing in the United States, en I. Barker y E. Peck (eds.), Power in strange places: User empowerment in mental health services, Londres, Good Practices in Mental Health, pp. 24-28.

— (1990): "The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going", Journal of Mind and Behavior, 11 (3), pp. 323-336.

— (1997): "A working definition of empowerment", Psychiatric Rehabilitation Journal, 20 (4), pp. 43-46.

Chesler, P. (1972/2005): Mujeres y locura, Madrid, Continta me tienes.

— (2005): Women and Madness, Nueva York, Palgrave Macmillan.

Cirlot, V. (2005): Hildegard von Bingen y la tradición visionaria de occidente, Barcelona, Herder.

Clouette, B. y Deslandes, P. (1977): "The Hartford Retreat for the Insane: an early example of the use of moral treatment in America", Connecticut Medicine, 61 (9), pp. 521-527.

Colina, F. (2001): El saber delirante, Madrid, Síntesis.

— (2007): "Locas letras (variaciones sobre la locura de escribir)", Frenia, 7 (1), pp. 25-59.

Combalía, V. (2013): Dora Maar. Más allá de Picasso, Barcelona, Circe.

Condrau, F. (2007): "The Patient's View Meets the Clinical Gaze", Social History of Medicine, 20 (3), pp. 525-540.

Conrad, K. [1958] (1997): La esquizofrenia incipiente, Madrid, Triacastela.

Conseglieri, A. (2008): "La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel", Frenia, 8, pp. 131-160.

— (2014): El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales [Tesis doctoral], Madrid, UCM.

Corcés, V. (1985): "El Dr. Valenciano Gayá, una figura puente de la psiquiatría española", Archivos de Neurobiología, 48 (6), pp. 436-437.

Corominas, T. L. (2016): "Acuerdia y las Autopsicuelas", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36 (129), pp. 225-238.

Correa-Urquiza, M. (2015): Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos, Madrid, Grupo 5.

Cranston, S. (1993): H. P. B.: The Extraordinary Life and Influence of Helena Petrovna Blavatsky, Nueva York, Tarcher/Putnam.

Crossley, N. (1999): "Working utopias and social movements: an investigation using case study materials from radical mental health movements in Britain", Sociology, 33 (4), pp. 809-830.

— (2002): Making sense of social movement, Buckingham, Open University Press.

— (2006): "The field of psychiatric contention in the UK. 1960-2000", Social Science & Medicine, 62, pp. 552-563.

Cullen-Dupont, K. (ed.) (2002): American Women Activist' Writings: An Anthology, 1637-2002, Nueva York, Cooper Square Press.

Cuñat, M. (2007): El enigma de Doña Juana Sagrera. Feminidad y enfermedad mental en la España de la era isabelina, Almería, Instituto de Estudios Almerienses.

Dain, N. (1980): Clifford W. Beers: advocate for the insane, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.

— (1989): "Critics and dissenters. Reflections on 'anti-psychiatry' in the United States", Journal of the History of the Behavioral Sciences, 25, pp. 3-5.

Daumézon, G. (1948): "Les iniciatives collectives dirigées, forme de psychothérapie collective", Annales médico-psychologiques, 106 (2), pp. 220-226.

Daumézon, G. y Koechlin, P. (1952): "La psicothérapie institutionelle française contemporaine", Anäis Portugueses de Psiquiatria, 4 (4), pp. 271-312.

Davis, K. (2001): "Silent and Censured Travellers? Patients' Narratives and Patients' Voices: Perspectives on the History of Mental Illness since 1984", Social History of Medicine, 14 (2), pp. 262-292.

Deegan, P. (1988): "Recovery: The lived experience of rehabilitation", Psychosocial Rehabilitation Journal, 11 (4), pp. 11-19.

Dehaene, M. y De Cauter, L. (eds.) (2008): Heterotopia and the City: Public Space in a Postcivil Society, Nueva York, Routledge.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1972): L'anti OEdipe. Capitalisme et schizophrénie, París, Minuit.

Delgado, M. (1986): "Los veinte primeros años del Manicomio Modelo de Leganés (1852-1871)", Asclepio, 38, pp. 273-297.

Della Porta, D. y Diani, M. (1999): Social Movements: An Introduction, Malden, Blackwell.

Desviat, M. (2016): Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva, Madrid, Grupo 5.

Desviat, M., Colina, F. y Huertas, R. (2020): “Derechos Humanos y sufrimiento psíquico”, en A. Marcos (ed.), En tiempos de vulnerabilidad. Reflexión desde los derechos humanos, Madrid, Dykinson, pp. 65-85.

Deutsch, A. (1946): The Mentally Ill in America: A History of Their Care and Treatment From Colonial Times, Nueva York, Columbia University Press.

Diéguez, A. (2007): “Conocimiento e identidad en Fernando Pessoa”, Frenia, 7, pp. 109-126.

Domingo Simó, F. (1936): Prontuario del enfermero psiquiátrico, Valencia, Imp. V. Climent Vila.

Donzelot, J. (1981): “Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y la cárcel”, en VV. AA., Espacios de poder, Madrid, La Piqueta, pp. 27-52.

Drago, G. (2016): Christine Lavant, Poesir scelte da Thomas Bernhard, https://almerighi.wordpress.com/2016/12/12/christine-lavant-poesie-scelte-da- thomas-bernhard (consultado el 20 de abril de 2020).

Dumont, J. y Jones, K. (2002): “Finding from a Consumer/Survivor Defined Alternative to Psychiatric Hospitalitation”, Outlook, 17, pp. 4-6.

Duro Sánchez, A. y Villasante, O. (2016): “‘La asistencia al enfermo mental’ de Luis Valenciano: la profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República española”, Cultura de Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 20 (44), pp. 51-62.

Eckman, A. K. (1998): “Beyond the ‘Yentl syndrome’: making women visible in post-1990 women’s health discourse”, en P. A. Treichler, L. Cartwright y C. Penley (eds.), The Visible Woman: Imaging Technologies, Gender, and Science, Nueva York, New York University Press, pp. 130-168.

Elkaïn, M. (ed.) (1977): Réseau Alternative á la psychiatrie, textes

recueillis, París, UGE.

Esteban, R., Santander, F. y Cantero, B. (2016): “La revista Altozano (1977) en el marco de la reforma del Hospital Psiquiátrico de Valladolid”, en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 137-148.

Esteve, N. y Huertas, R. (2018): “Zelda and Scott Fitzgerald and psychoanalysis: The construction of Tender Is the Night (1934)”, Culture & History Digital Journal, 7 (1), https://doi. org/10.39 89/ chdj.2018.011

Fernández, P. (2001): “Estudio introductorio y notas” a R. Vega Armentero, ¿Loco o delincuente? Novela social contemporánea (1890), Madrid, Bohemia.

Fernández, P. y Ortega, M. L. (eds.) (2008): La mujer de letras o la letraherida. Discursos y representaciones sobre la mujer escritora en el siglo XIX, Madrid, CSIC.

Ferrer, A., García-Raffi, X., Lerma, B. y Polo, C. (2006): Psiquiatras de celuloide, Valencia, Generalitat Valenciana.

Ferris, C. (1982): “The women’s movement as catalyst for change in obstetrical care services”, en P. Berman y R. Estelle (eds.), Women: A Developmental Perspective, Proceedings of a Research Conference, U. S. Dept. of Health and Human Services, Bethesda, National Institute of Health, pp. 271-282.

Forster, E. (1986): “From the Patient’s Point View: Illness and Health in the Letters of Liselotte von der Pfalz (1652-1722)”, Bulletin of the History of Medicine, 60, pp. 297-320.

Foucault, M. (1967): Historia de la locura en la época clásica, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.

— (1969): L’archéologie du savoir, París, Gallimard.

— (1984): “Des Espace Autres”, Architecture, Mouvement, Continuité, 5, pp. 46-49.

— [1975] (1984): Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión, Madrid, Siglo XXI.

— (2003): Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974, París, Gallimard.

Frame, J. (1957): Owls Do Cry, Christchurch, Pegasus Press.

— [1984] (2008): An Angel at My Table, Londres, Virago.

— (2015): Huesos de jilguero, Veracruz, Universidad Veracruzana.

Freire, P. [1968] (2012): Pedagogía del oprimido, Madrid, Siglo XXI.

Freixas, L. (2017): "Sylvia Plath o los dilemas de una mujer moderna", Pikara Magazine, https://www.pikaramagazine.com/2017/01/sylvia-plath-diarios (consultado el 6 de mayo de 2020).

Frese, F. J. y Davis, W. W. (1997): "The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals", Professional Psychology: Research and Practice, 28 (3), pp. 243-245.

Freud, S. [1929/30] (1997): El malestar en la cultura, Madrid, Alianza.

Fuente, J. (2017): Un delirio. Presentación y análisis de Francisco Pereña, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gándara, L. (2005): "Voces en cautiverio. Un estudio discursivo del graffiti carcelario", en A. Castillo y V. Sierra (ed.), Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento, Gijón, Trea, pp. 237-255.

García Márquez, G. (1992): Doce cuentos peregrinos, Bogotá, Oveja Negra, y Barcelona, Mondadori.

García Nieto, R. (2004): "Virginia Woolf: caso clínico", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 24 (92), pp. 3502-3519.

— (2007): "James Joyce: un fonámbulo del litoral", Frenia, 7, pp.

61-87.

García Puig, M. (2019): “Prólogo. Mujeres y locura”, en K. Millett, Viaje al manicomio, Barcelona, Seix Barral, pp. 13-20.

García Tortosa, F. (ed.) (1992): “Introducción: Joyce y Finnegan’s Wake”, en J. Joyce, Anna Livia Plurabelle (Finnegan’s Wake I. VIII), Madrid, Cátedra.

Gibbs, L. (2002): “Citizen activism for environmental health: the growth of a powerful new grassroots health movement”, Annals of the American Academy of Political and Social Science, 584, pp. 97-109.

Giné y Partagás, J. (1874): Descripción, marcha funcional y reglamento orgánico del manicomio de Nueva Belén, Barcelona, Imp. De Antonio Palou.

Gisi, L. M. (2015): “Psychiatrie”, Robert Walser Handbuch, Stuttgart, J. B. Metzler, pp. 351-355.

Goffman, E. (1961): Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates, Nueva York, Doubleday.

González Duro, E. (1987): Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986, Madrid, Libertarias.

Gorman, R., Snini, A., Tam, L. et al. (2013): “Mad People of Colour: A Manifesto”, Asylum. A Magazine for Democratic Psychiatry, 20 (4), p. 27.

Gramsci, A. (1975): Quaderni del carcere, Turín, Instituto Gramsci.

Grente, D. y Müller, N. (1991): Annemarie Schwarzenbach, Barcelona, Circe.

Grob, G. N. (1994): “The History of the Asylum Revisited: Personal Reflection”, en M. Micale y R. Porter (eds.), Discovering the History of Psychiatry, Oxford University Press, pp. 260-281.

Gruppo Ricerca e Recovery (2014): La Carta della recovery. I servizi di salute mentale e la guarigione, Trieste.

Guha, R. y Spivak, G. (eds.) (1988): Selected Subaltern Studies, Oxford, OUP.

Gutiérrez Aguilera, C. (1978): "La psiquiatría de Jaén: apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX", Seminario Médico, 38, pp. 79-125.

Hacking, I. (1986): "Making Up People", en T. Heller (ed.), Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in Self Investigation Thought, Stanford University Press, pp. 161-171.

Hanisch, C. (1970): "The personal is political", en S. Firestone y A. Koedt (eds.), Notes from the second year: Women's liberation, Nueva York, Radical Feminism, pp. 77-86.

Haraway, D. (1988): "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", Feminist Studies, 14 (3), pp. 575-599.

— (1991): Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature, Londres, Routledge.

Harding, S. (1993): "Rethinking Standpoint Epistemology: What is 'Strong Objectivity'?", en L. Alcoff y E. Potter (eds.), Feminist Epistemologies, Nueva York, Routledge, pp. 49-82.

— (1998): Is Science Multicultural? Postcolonialism, Feminism, and Epistemologie, Bloomington, Indiana University Press.

— (2004): "Introduction: Standpoint Theory as a Site of Political, Philosophic, and Scientific Debate", en S. Harding (ed.), The Feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies, Nueva York, Routledge, pp. 1-15.

Harrison, S. (2016): Analyzing Ann Quin's and Kate Millett's forgotten works through a mad reading practice and feminist literary criticism [Tesis doctoral], Canadá, McMaster University.

Hartog, H. (1989): "Mrs. Packard on Dependency", Yale Journal of Law & the Humanities, 1, pp. 79-103.

Hartsock, N. (1983): "The Feminist Standpoint: Developing the

Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism", en S. Hardingy y M. Hintikka (eds.), Discovering Reality: Feminist Perspectives on Metaphysics, Epistemology, Methodology and Philosophy of Science, Dordrecht, Reidel, pp. 283-310.

Hayman, D. (1956): Joyce et Mallarmé, París, Lettres Modernes.

Hernández Padilla, M. (2009): "La creación del Manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica", Norte de Salud Mental, 14 (33), pp. 87-93.

Himelhoch, M. S. y Shaffer, A. H. (1979): "Elizabeth Packard: Nineteenth-Century Crusader for the Rights of Mental Patients", Journal of American Studies, 13 (3), pp. 345-375.

Hobsbawm, E. (1970): "From Social History to the History of Society", Daedalus, 100 (1), pp. 20-45.

Hubert, S. (2002): Questions of power: the politics of women's madness narratives, Newark/Londres, University of Delaware Press/ Associated University Press.

Huertas, R. (1992): Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública, Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias.

— (1998): "Mental health and psychiatric care in the Second Spanish Republic", History of Psychiatry, 9 (33), pp. 51-64.

— (2005): El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica, Madrid, Frenia.

— (2008): Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal, Barcelona, Octaedro.

— (2011): "En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 3, pp. 437-456.

— (2012): Historia cultural de la psiquiatría, Madrid, Los Libros de la Catarata.

— (2013): “Another History for Another Psychiatry. The Patient’s View”, Culture & History, 2 (1), http://dx.doi.org/10.3989/chdj.2013.021

— (2014): “Subjectivity in clinical practice: on the origins of psychiatric semiology in early French alienism”, History of Psychiatry, 30 (1), pp. 77-89.

— (2016): “‘You will have observed that I am not mad’: Emotional Writings inside the Asylum”, en E. Delgado, P. Fernández y J. Labanyi (eds.), Engaging the Emotions in Spanish Culture and History, Nashville, Vanderbilt University Press, pp. 111-119.

— (2017a): “Nido de víboras: en torno a los tratamientos biológicos en psiquiatría anteriores a los psicofármacos”, e-Atopos, 3, pp. 68-86.

— (2107b): “Psiquiatría, antipsiquiatría y movilización social: la coordinadora psiquiátrica”, en R. Huertas (coord.), Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición, Madrid, Los Libros de la Catarata.

— (2018): “Vieja y nueva psiquiatría”, en A. Ortiz y R. Huertas (coords.), Criticas y alternativas en psiquiatría, Madrid, Los Libros de la Catarata, pp. 19-74.

— (2019): “Psychiatrists and mental health activism during the final phase of the Franco regime and the democratic transition”, History of Psychiatry, 30 (1), pp. 77-89.

Huertas, R. y Novella, E. (2011): “L’aliénisme français et l’institutionnalisation du savoir psychiatrique en Espagne: l’affaire Sagrera (1863-1864)”, L’Evolution Psychiatrique, 76 (3), pp. 537-547.

Ibáñez, R. G. (2019): “Allá donde encierran la locura: reseña de Viaje al manicomio (Kate Millett)”, Locura, sociedad y derechos humanos. Mad in América para el mundo hispanohablante, https://madinamerica-hispanohablante.org/alla-donde-encierran-la-locura-resena-de-viaje-al-manicomio-kate-millett-rebeca-g-ibanez (consultado el 30 de marzo de 2020).

Ibáñez Rojo, V. (2018): “Activismo profesional en salud mental”, en A. Ortiz y R. Huertas (coords.), Críticas y alternativas en psiquiatría, Madrid, Los Libros de la Catarata, pp. 152-188.

Ingram, R. (2011): “Sanism in theory and practice”, artículo presentado en el 2nd Annual Critical Inquiries Workshop, 9-10 de mayo, Vancouver, Simon Fraser University.

— (2016): “Doing Mad Studies: Making (non)sense together”, Intersectionalities, 5 (3), pp. 11-17.

Inchauspe, J. A. (2019): “Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39 (136), pp. 9-15.

Israëls, H. (1986): Schreber, père et fils, París, Seuil.

Iwata, E. (1990): “In a Mind Field: Book: Kate Millett attacks psychiatry in The Loony Bin Trip, an account of her fight to stay out of nightmarish mental ward”, Los Angeles Times, 13 de junio.

Jijón, C. L. (2011): “Reflexiones psicoanalíticas sobre la vida, poesía y muerte de Sylvia Plath”, Universitas. Revista de Ciencias Sociales y Humanas, 14, pp. 75-99.

Johnson, F. (1984): The history of lithium therapy, Londres, Macmillan.

Jung, C. G. [1930] (1989): “Ulysses: a monologue”, en B. Benstock (ed.), Critical essays on James Joyce’s Ulysses, Boston, G. K. Hall & Co., pp. 9-27.

Kadmon, A. (2017): Panero y la antipsiquiatría. Dolor, magia y locura, Madrid, Antipersona.

Kesey, K. (1962): One Flew Over the Cuckoo’s Nest, Nueva York, Viking Press.

Kierkegaard, S. (1993): Diario íntimo, Madrid, Planeta.

Kleiman, R. (2006): “Elias Canetti y el psicoanálisis”, Daimon.

Revista de Filosofía, 38, pp. 119-130.

— (2011): “El caso Schreber”, Temas de Psicoanálisis, 1, https://www.temasdepsicoanalisis.org/2010/12/05/el-caso-schreber-2 (consultado el 30 de abril de 2020).

Labad Alquézar, A. (2016): “Papel de la revista Club (1972) en la terapia institucional del Institut Pere Mata de Reus”, en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 117-135.

Lacan, J. [1975] (2006): El seminario. Libro 23: Le sinthome, Barcelona, Paidós.

Laclau, E. (1996): “On the death and rebirth of ideology”, Journal of Political Ideologies, 3 (1), pp. 201-220.

Laing, R. D. (1960): The Divided Self; an existential study in sanity and madness, Harmondsworth, Penguin.

— (1977): La política de la experiencia, Barcelona, Crítica.

Lantéri-Laura, G. (1972): “Chronicité dans la psychiatrie française moderne”, Annales ESC, 27, pp. 548-568.

Lavant, C. (2011): La niña, Ciudad de México, AUIEO.

— (2018): Notas desde el manicomio, Madrid, Errata Naturae.

Laverack, G. (2013): Health Activism: Foundations and Strategies, Londres, SAGE Publications.

Lavín, A. (2003): Cartas desde la Casa de Orates, Dirección de Bibliotecas, Santiago de Chile, Archivos y Museos.

Lefebvre, G. (1924): Les Paysans du Nord pendant la Révolution française, Lila, C. Robbe.

Lehmann, P. (2013): “Alternativas a la psiquiatría”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (117), pp. 137-150.

Lejeune, P. (1975): Le pacte autobiographique, París, Seuil.

Lewin, K. (1946): “Action research and minority problems”, Journal of Social Issues, 2 (4), pp. 34-46.

Lombardo, P. A. (1992): “Mrs. Packard’s Revenge”, BioLaw, 2, pp. 792-796.

López Linaje, J. (ed.) (1977): Grupos marginados y peligrosidad social, Madrid, Campo Abierto.

López Navarro, J. M. y Martínez Benítez, S. (2016): “Ambiente (1966-1986). Periódico mural del ‘siquiátrico’ de El Palmar, Murcia”, en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 97-103.

Lothane, Z. (1992): In defense of Schreber. Soul murder and psychiatry, Nueva Jersey/Londres, The Analytic Press Hillsdale.

Ludwig, A., Marx, A., Hill, P. y Browning, R. (1969): “The Control of Violent Behavior through Faradic Shock: A Case Study”, Journal of Nervous and Mental Disease, 148 (6), pp. 624-637.

Luque Teruel, A. (2005): “Fundamentos de la pintura de Dora Maar”, Laboratorio de arte, 18, pp. 527-540.

MacDonald, M. (1981): Mystical Bedlam: Madness, Anxiety, and Healing in Seventeenth-Century, Londres/NuevaYork, Cambridge University Press.

Maceiras, C. (2009): El secreto de Raimunda, la marquesa de Linares, Madrid, Sílex.

Maingueneau, D. (2004): Le discours littéraire: paratopie et scéne d’enonciation, París, Armand Colin.

Maleval, J. C. (1998): Lógica del delirio, Barcelona, Ediciones del Serbal.

Mallarmé, S. (1945): Oeuvres Complètes, París, Gallimard.

Manicomio General (1913): Reglamento del Manicomio General, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México, Fondo

Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 3, exp. 25, 69 ff.

Manicomio Provincial de Jaén (1936): Reglamento, Archivo de la Diputación de Jaén, leg. 3184/40, Jaén, Escuela Tip. de la H. de Hombres a cargo de Veremundo Morales.

Marchand, J. L. y Mignot, R. (1949): Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques, à l'usage des candidats aux diplômes d'infirmier de ces établissements, París, G. Doin.

Marge (1975): "Pourriture de Psychiatrie", Marge, 6, https://commedesfous.com/texte-constitutif-du-reseau-europeen-alternative-a-la-psychiatrie-marge-6-1975 (consultado el 2 de junio de 2020).

Martínez Azumendi, O. (2015): "Globo Rojo. Revista de los pacientes del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda, Mondragón (1982-1999)", Norte de Salud Mental, 13 (51), pp. 99-110.

— (2016): "Evolución conceptual de las revistas realizadas por pacientes psiquiátricos desde la primera experiencia en 1837", en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 71-95.

Martínez Benítez, S. (2015): La transformación de la asistencia psiquiátrica en Murcia: 1980-1995 [Tesis doctoral], Universidad de Murcia.

Martínez Pérez-Canales, A. (2019): El yo disidente [Tesis doctoral], Universidad Carlos III de Madrid.

— (2020): El autoexilio en la locura, Albacete, Uno Editorial.

Martínez Pérez-Canales, A. y Hernández Monsalve, M. (2015): Literaria(mente). El yo disidente, Albacete, Uno Editorial.

Martínez Renata, B. (2019): "Atravesar las rejas. Mujeres en manicomios, violencias y encierros", en M. Miranda (comp.), Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental, La Plata, EDULP, pp. 209-234.

Mata, I. (2017): “Salud mental y neoliberalismo”, en VV. AA., Salud mental y capitalismo, Madrid, Cisma.

Matusevich, D. (2018): “Pigliatria (o lo que nos enseña Ricardo Piglia a los psiquiatras). Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones”, Vertex, 29 (141), pp. 361-367.

Mazucco, M. (2006): Ella, tan amada, Barcelona, Anagrama.

McLean, A. (1995): “Empowerment and the psychiatric consumer/ ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change”, Social Science & Medicine, 40 (8), pp. 1053-1071.

— (2000): “From ex-patient alternatives to consumer options: Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement”, International Journal of Health Services, 30 (4), pp. 821-847.

McQuail, J. (ed.) (2018): Janet Frame in Focus. Women Analyzes the works of New Zealand writer, Jefferson, McFarland and Company.

McWade, B. (2016): “Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making”, Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice, 5 (3), pp. 62-81.

Menéndez-Navarro, A. (2011): “A camel through the eye of needle: expertise and the late recognition of asbestos-related diseases”, International Journal of Health Services, 41 (1), pp. 121-135.

Menzies, R., LeFrançois, B. A. y Reaume, G. (2013): “Introducing Mad Studies”, en B. A., LeFrançois, R. Menzies y G. Reaume (eds.), Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies, Toronto, Canadian Scholars’ Press, pp. 1-22.

Merini, A. (2019): La otra verdad, Diario de una diversa, Madrid, Márcara.

Mignolo, W. (2003): Historial locales, diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo, Madrid, Akal.

Millett, K. (1970): Sexual Politics, Nueva York, Doubleday.

— (2019): Viaje al manicomio, Barcelona, Seix Barral.

Milton, D. (2014): "Autistic Expertise: A Critical Reflection on the Production of Knowledge in Autism Studies", Autism, 18 (7), pp. 794-802.

Molinari, A. (2005): "Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX", en A. Castillo y V. Sierra (eds.), Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento, Gijón, Trea, pp. 379-400.

Moline, J. (1968): "On Points of View", American Philosophical Quaterly, 5, pp. 191-198.

Mollejo, E. (2001): Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1856- 1936) [Tesis doctoral], Universidad de Salamanca.

Moncrieff, J. (2006): "Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism", The British Journal of Psychiatry, 188 (4), pp. 301-302.

— (2008): The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment, Londres, Palgrave Macmillan.

— (2014): "Ideas about mental health in a neoliberal world", Group Analysis, 47 (4), pp. 12-16.

— (2018): "El litio y otros fármacos para el trastorno maniaco-depresivo y bipolar", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38 (133), pp. 283-299.

Montero, L. (1929): "La triste vida de los dementes", El Heraldo de Madrid, 29 de abril, pp. 8-9.

Montiel, L. (1995): "La profilaxis del sida. Análisis de una estrategia", Dynamis, 15, pp. 251-266.

Moorhead, J. (2017): Leonora Carrington. Una vida surrealista, Madrid, Turner.

Moreno, A. y Fernández Liria, A. (2020): “La contención mecánica como acontecimiento centinela: propuesta para avanzar hacia su eliminación”, Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN, 46, https://amsm.es/2020/04/28/la-contencion-me canica-como-aconteci miento-centi nela-propuesta-para-avanzar-hacia-su-eliminacion-boletin-n46-pri mavera-2020 (consultado el 20 de junio de 2020).

Moreno, A., Ibáñez Rojo, V. y Gómez Beneyto, M. (2017): “Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental”, en B. Beviá y A. Bono. (eds.), Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental, Madrid, AEN, CT 20, pp. 209-251.

Morrison, L. (2005): Talking Back to Psychiatry. The Psychiatric consumer/survivor/expatient movement, Londres/Nueva York, Routledge.

Mosher, L. R. (1999): “Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review”, The Journal of Nervous and Mental Disease, 187 (3), pp. 142-144.

Mosher, L. R., Reifman, A. y Menn, A. Z. (1973): “Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics”, Hospital and Community Psychiatry, 24, pp. 391-396.

Musil, R. (2010): El hombre sin atributos, Barcelona, Seix Barral.

Niederland, W. G. (1974): The Schreber case: Psychoanalytic profile of a paranoid personality, Nueva York, Quadrangle/New York Times Book Co.

O’Rawe, R. (2005): Blanketmen. An Untold Story of the H-Block Hunger Strike, Dublín, New Island.

Oliver, S. (2008): Betty Friedan: The personal is political, Nueva York, Pearson Education.

Ortiz Lobo, A. (2013): Hacia una psiquiatría crítica, Madrid, Grupo 5.

Ossendowski, F. A. (1930): Bestias, hombres y dioses, Madrid, Aguilar.

Ortiz Lobo, A. y Huertas, R. (ed.) (2018): Críticas y alternativas en psiquiatría, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Packard, E. P. W. (1866): Marital power exemplified in Mrs. Packard's Trial, and self-defence from the charge of insanity: or, Three years' imprisonment for religious belief, by the arbitrary will of a husband, with an appeal to the government to so change the laws as to afford legal protection to married women, Hartford, [Ct.], Case, Lockwood.

— (1868): The prisoners' hidden life, or, Insane asylums unveiled: as demonstrated by the report of the Investigating committee of the legislature of Illinois, together with Mrs. Packard's coadjutors' testimony, Chicago.

Pardo, J. (1978): "Psiquiatrizados en lucha", Ajoblanco, 30, p. 46.

Pelbart, P. (1990): "Manicomio mental: a outra fase da clausura", Saúde e loucura, 2, pp. 131-138.

Perceval, J. (1840): A narrative of the treatment experience by a gentleman during a mental state of derangement, Londres, Effingham Wilson.

Pereña, F. (2017): "Del delirio de fijación al delirio persecutorio", en J. Fuente, Un delirio. Presentación y análisis de Francisco Pereña, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 47-95.

Perlin, M. L. (1993): "The ADA and Persons with Mental Disabilities: Can Sanist Attitudes Be Undone", Journal of Law and Health, 8, pp. 15-45.

Pessoa, F. [1982] (1984): Libro del desasosiego, Barcelona, Seix Barral.

— [1934] (1993): Álvaro de Campos - Livro de Versos, Edição Crítica. Introdução, transcrição, organização e notas de Teresa Rita Lopes, Lisboa, Estampa.

Piglia, R. (2003): “Los sujetos trágicos (literatura y psicoanálisis)”, Virtualia, 7, pp. 2-5.

— (2005): El último lector, Barcelona, Anagrama.

Pinar, S. y Huertas, R. (1996): “Sobre los prejuicios de la sistemática. Teoría y práctica de los sistemas de clasificación de la naturaleza”, Asclepio, 48 (2), pp. 5-6.

Plath, S. (1963): The Bell Jar, Nueva York/Boston, Heinemann.

— (2016): Diarios completos, Karen V. Kukil (ed.), Barcelona, Alba.

Plaza, M. (2019): “Cuando la locura toma la palabra”, El Salto, https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/cuando-la-locura-toma-la-palabra-activismo-salud-diversidad-orgullo-loco (consultado el 5 de mayo de 2020).

Polo, C. (2016): “Trieste, 1977: el primer desmantelamiento público de un manicomio. Testimonio de un médico residente de primer año”, en S. Esteban, S. et al. (coords.), Historias de la salud mental para un tiempo nuevo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 193-204.

Poniatowska, E. (2011): Leonora, Barcelona, Seix Barral.

Porter, R. (ed.) (1985): Patients and Practitioners. Lay perceptions of medicine in preindustrial society, Cambridge, Cambridge University Press.

Porter, R. (1985): “The Patient’s View: Doing Medical History from Below”, Theory and Society, 14 (2), pp. 175-198.

— (1987): A Social History of Madness. Stories of the Insane, Londres, Weidenfeld & Nicolson.

Porter, R. y Porter D. (1988): In sickness and in health: the English experience, 1650-1850, Londres, Fourth Estate.

— (1989): Patient’s progress. Doctors and Doctoring in Eighteenth Century England, Oxford, Polity Press.

Pozuelo, J. M. (2006): De la autobiografía: teoría y estilos, Barcelona, Crítica.

Prestwich, P. (1994): “Family Strategies and Medical Power: ‘Voluntary’ Committal in Parisian Asylum, 1876-1914”, Journal of Social History, 27, pp. 799-818.

Puleo, A. (1994): “El feminismo radical de los setenta: Kate Millett”, en C. Amorós (coord.): Historia de la teoría feminista, Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas-Universidad Complutense de Madrid, pp. 139-150.

— (2005): “Lo personal es político. El surgimiento del feminismo radical”, en C. Amorós y A. de Miguel Álvarez (ed.), Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización, vol. 2, Madrid, Minerva, pp. 35-68.

Ramoneda, A. F. y Sánchez, R. V. (2012): “Del no-lugar al cronotopos, pasando por el vestíbulo de la estación de Atocha”, Athenea Digital, 12 (1), pp. 109-128.

Reaume, G. (2000): Remembrance of Patients Past. Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940, Toronto, University of Toronto Press.

Redero, J. M. (2017): “Dignidad y rigor en la psicosis: las enseñanzas de un testimonio”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37 (132), pp. 615-620.

Rendueles, G. (2004): Egolatría, Oviedo, KPK.

Rieder, P. (2010): La figure du patient au XVIIIe siècle, Ginebra, Droz.

Rigolí, J. (2001): Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et litterature en France au XIXe siécle, París, Fayard.

Ríos, A. (2004): “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, Frenia, 4 (2), pp. 17-35.

— (2009): La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda, México 1910-1920,

Ciudad de México, El Colegio de México.

— (2010): Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas, Ciudad de México, Debate.

Riquer, M. de y Valverde, J. M. (1965): Historia de la literatura universal, tomo IX, Barcelona, Noger.

Rivera Garza, C. (2001): "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana en el Manicomio General de la Castañeda, México 1910-1930", Secuencia, 51, pp. 57-77.

Rodríguez Lafora, G. (1916): "Los manicomios españoles", España, 12 de octubre, pp. 8-10.

Rogues de Fursac, J. (1905): Les dessins et les ecrits dans les maladies nerveuses et mentales, París, Alcan.

Romme, M. y Escher, S. (2000): Making Sense of Voices: A Guide for Mental Health Professionals Working with Voice-Hearers, Londres, Mind Publications.

— (eds.) (1993): Accepting Voices, Londres, Mind Publications.

Rose, D. (2018): "Renewing epistemologies: service user knowledge", en P. Beresford y S. Carr (eds.), Social Policy First Hand: A International Introduction to Participatory Social Welfare, Bristol, Policy Press, pp. 132-141.

Rosen, G. (1968): Madness in Society, Chapters in the Historical Sociology of mental Illness, Chicago, University of Chicago Press.

Russo, J. (2012): "Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health", Forum: Qualitative Social Research, 13 (1), art. 8.

Sacristán, C. (2009): "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar", Cuicuilco, 16 (45), pp. 163-189.

— (2010): "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", Salud Mental, 33 (6), pp. 473-480.

Sáez, J. M., Marín, J. L. y Cerón, C. (2008): “Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903-Murcia, 1967)”, en P. Marset (coord.), Médicos murcianos de la Escuela Histológica Española, Murcia, Universidad de Murcia, pp. 141-170.

Salas Martínez, J. (1935): Manual de la enfermera general y psiquiátrica, Madrid, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Salas y Vaca, J. (1920): Degenerados en sociedad, Madrid, Imprenta y librería de Nicolás Moya.

Sampietro, H. M. (2016): “Del diagnóstico al activismo, un proceso personal de empoderamiento”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36 (129), pp. 193-207.

San Miguel, F. (2020): “La letra de la deformidad (II)”, en J. L. Slimobich et al. (coords.), Lacan: la marca del leer, Barcelona, Anthropos, pp. 177-182.

Sapinsley, B. (1991): The Private War of Mrs. Packard, Nueva York, Paragon House.

Saravia, M. (1996): El caso clínico de Fernando Pessoa, Guadarrama, Ed. del Oriente y el Mediterráneo.

Sayce, L. (2000): From Psychiatric Patients to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion, Basingstoke, Macmillan.

Schatzman, M. (1973): Soul murder: persecution in the family, Nueva York, Random House.

Schipperges, H. (1985): Homo patients. Zur Geschichte des kranken Menschen, München-Zurich, Piper Verlag.

Schmitz, C. (2018): Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico. Espacios, estrategias y actitudes, Madrid, CSIC.

Schwarzenbach, A. (2003): Muerte en Persia, Barcelona, Minúscula.

Sedkowski, V. (2019): “Significación e identidad del manicomio en la ciudad. El Instituto Mental de la Santa Cruz entre 1970 y 1987”,

URBS. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales, 9 (2), pp. 63-74.

Seeling, C. (2000): Paseos con Robert Walser, Madrid, Siruela.

Seva Díaz, A. (1968): “Experiencias psiquiátricas hospitalarias. Grupos socioterápicos”, Vida Nueva (mecanografiado), 1, p. 1.

Seva Fernández, A. y Fernández Doctor, A. (2016): “La Revista Vida Nueva del Sanatorio Psiquiátrico Ntra. Sra. El Pilar (Zaragoza, 1968-71)”, en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 105-115.

Shepherd, M. (1992): “Psychiatric journals and the evolution of psychological medicine”, Psychological Medicine, 22, pp. 15-25.

Sieburth, S. (2011): “Copla y supervivencia: Conchita Piquer, ‘Tatuaje’ y el duelo de los vencidos”, Revista de dialectología y tradiciones populares, 66 (2011), pp. 515-532.

— (2016): Coplas para sobrevivir. Conchita Piquer, los vencidos y la represión franquista, Madrid, Cátedra.

Sierra, V. (2016): Cartas presas: la correspondencia carcelaria en la Guerra Civil y el franquismo, Madrid, Marcial Pons.

Sigerist, H. (1951): A History of Medicine. Primitive and archaic medicine, vol. 1, Oxford/Nueva York, Oxford University Press.

Sivadon, P. (1949): “Le Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard”, Annales médico-psychologiques, 197, pp. 166-169.

Solé, S. (2010): “El sujeto a la sombra de Kierkegaard: pasión y posibilidad como marco de la psicopatología en la primera mitad del siglo XIX”, Frenia, 10, pp. 145-166.

Spagnoletti, G. (1950): Antologia della poesia italiana (1909-1949), Parma, Guanda.

SPK (Socialist Patient’s Collective) (1993): Turn illness into a

weapon for agitation by the Socialist Patients' Collective at the University of Heidelberg, Heidelberg, KRRIM.

Stolberg, M. (2003): Homo patients. Krankheits und Körpererfahrung in der Frühen Nuezeit, Köln/Weimar/Viena, Böhlau Verlag.

Swain, G. (1994): Dialogue avec l'insensé, París, Gallimard.

Sweeney, A. (2016): "Why Mad Studies Needs Survivor Research and Survivor Research Needs Mad Studies", Intersectionalities, 5 (3), pp. 36-61.

Szasz, T. (1979): The manufacture of Madness: a comparative study of the Inquisition and the Mental Health Movement, Nueva York, Harper and Row.

Taibo, C. (2011): Como si no pisase el suelo. Trece ensayos sobre las vidas de Fernando Pessoa, Madrid, Trotta.

Tardits, A. (2002): "Una lectura inédite de l'aliénisme. À propos de Lire le délire de Juan Rigolí", Essaim, 10, pp. 165-171.

Tengland, P. A. (2008): "Empowerment: A Conceptual Discussion", Health Care Analysis, 16, pp. 77-96.

Thompson, E. (1963): The making of the English working class, Londres, Victor Gollanez.

Tierno R. (2008): "Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", Frenia, 8, pp. 97-130.

— (2019): El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica [Tesis doctoral], Madrid, UCM.

Tomes, N. (2006): "The patient as a policy factor: a historical case study of the consumer/survivor movement in mental health", Health Affairs, 25 (3), pp. 720-729.

Toro-Zambrano, M. C. (2017): "El concepto de heterotopía en

Michel Foucault", Cuestiones de Filosofía, 3 (21), pp. 19-41.

Tosquelles, F. (2015): Trait-d'Union. Journal de Saint-Alban. Éditoriaux, articles, notes (1950-1962), París, Éditions d'une.

Valenciano, L. (1933): La asistencia al enfermo mental, Madrid, Publicaciones de Archivos de Neurobiología.

Vázquez Campos, M. y Liz Gutiérrez, A. (eds.) (2015): Temporal Points of View. Subjective and Objective Aspects, Berlín-Heidelberg, Springer.

Vázquez de la Torre, P. (2008): "Nosografía psiquiátrica en el Manicomio nacional de Santa Isabel (1931-1952)", Frenia, 8, pp. 69-96.

Vázquez de la Torre, P. (2013): El Manicomio nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales [Tesis doctoral]. Madrid, UCM.

Villanova Rivas, M. y Moreno Juliá, X. (1992): Atlas de la evolución del analfabetismo en España de 1887 a 1981, Madrid, CINDE.

Villasante, O. (2003): "The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900)", History of Psychiatry, 14, (1), pp. 3-23.

— (2011): "La polémica en torno a los manicomios, 1916", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (4), pp. 767-777.

— (2013): "Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la posguerra española", en D. Simón et al. (eds.), Razón, locura y sociedad: una mirada a la historia desde el siglo XXI, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 315-329.

— (2018): "El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-1987", História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 25 (3), pp. 763-778.

Villasante, O. y Candela, R. (2014): “El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo”, en S. Brigidi y J. M. Comelles (eds.), Locuras, cultura e historia, Tarragona, Publicacions URV, pp. 67-85.

Villasante, O. y Huertas, R. (2019): “Escribir en el manicomio. Resistencias, negociaciones y censura en la correspondencia de los pacientes de la Casa de Santa Isabel de Leganés”, en P. Fraile, Q. Bonastra y J. M. Solís (eds.), Los contornos del control, Barcelona, Icaria, pp. 13-28.

Villasante, O. y Tierno, R. (2017): “El Manicomio de Leganés durante la Segunda República española (1931-36): más enfermeros, más formación”, Sujet_s a lo social, pp. 463-470, https://consaludmental.org/publicaciones/comunicaciones-libres-jornadas-aen.pdf (consultado el 20 de julio de 2018).

Villasante, O., Candela, R., Conseglieri, A., Vázquez de la Torre, P., Tierno, R. y Huertas, R. (2018): Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Conseglieri, A. y Huertas, R. (2016): “Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900-1950)”, Revista Culturas Psi/Psy Cultures, 6, pp. 109-132.

Wadi, Y. M. (2005): “Catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica”, en A. Castillo y V. Sierra (eds.), Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento, Gijón, Trea, pp. 421-447.

— (2010): “Um lugar (im)possível: narrativas sobre o viver em espaços de internamento”, en Y. M. Wadi y N. M. Weber Santos (eds.), História e Loucura: saberes, práticas e narrativas, Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, pp. 331-362.

— (2017): “‘Estou no Hospício, Deus’: problematizações sobre a loucura, o hospício e a psiquiatria no diário de Maura Lopes Cançado (Brasil, 1959-60)”, Asclepio, 69, (2), http://

dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.19

Wadi, Y. M., Ordorika, T. y Golcman, A. (2019): "¿Qué expresan los locos iberoamericanos? Las fuentes narrativas y sus posibles abordajes", Iberoamericana, 19 (71), pp. 173-195.

Waiblinger, W. (2003): Vida, poesía y locura de Friedrich Höderlin y otros textos complementarios, Madrid, Hiperión.

Wenegrat, B. (1995): Illness and Power: Women's Mental Disorders and the Battle between the Sexes, Nueva York, New York University Press.

Wiener, D. (2005): "Antipsychiatric activism and feminism: The use of film and text to question biomedicine", Journal of Public Mental Health, 4 (3), pp. 42-47.

Wise, S. (2012): Inconvenient people. Lunacy, Liberty and the mad-doctors in Victorian England, Londres, Randon House.

Wright, N. y Owen, S. (2001): "Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature", Journal of Advanced Nursing, 36 (1), pp. 143-150.

Wylie, A. (2003): "Why Standpoint Matters", en R. Figueroa y S. Harding (eds.), Science and Other Cultures: Issues in Philosophies of Science and Technology, Nueva York, Routledge, pp. 26-48.

Zaccardi, M. (2016): "Revistas de los usuarios de los servicios de salud mental: la experiencia italiana", en S. Esteban et al. (coord.), Historias de la salud mental para un nuevo tiempo, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 149-160.

Zarzoso, A. (2001): "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII", Dynamis, 21, pp. 409-433.

Zelizer, J. E. (2015): The Fierce Urgency of Now: Lyndon Johnson, Congress, and Battle for the Great Society, Nueva York, Penguin Books.

Zoller, H. M. (2005): "Health activism: communication theory and

action for social change", Communication Theory, 15 (4), pp. 341-364.

NOTAS

1 . Disponible en madinamerica-hispanohablante.org/letras-locas-del-yo-disidente-al-activismo-en-primera-persona-rafael-huertas (consultado el 15 de junio de 2020).

2 . Disponible en www.laotrapsiquiatria.com/2019/04/rafael-huertas-letras-locas-del-yo-disidente-al-activismo-en-primera-persona (consultado el 15 de junio de 2020).

3 . Se cita por la edición en castellano (Merini, 2019) anotando el número de página entre paréntesis.

4 . Se cita por la edición en castellano (Lavant, 2018) anotando el número de página entre paréntesis.

5 . Las cartas manejadas en este apartado pueden leerse en su totalidad en Villasante et al. (2018: 156-160 y 177-182).

6 . Todas las citas textuales están tomadas de la edición en castellano publicada por Seix Barral en 2019, traducida del inglés por Aurora Echevarría y con prólogo de Mar García Puig. En lo sucesivo, tras la cita se anota entre paréntesis la página de la mencionada edición.

7 . El cuento, escrito en 1974, se publicó años más tarde en García

Márquez, G. (1992), Doce cuentos peregrinos, Bogotá, Oveja Negra, y Barcelona, Mondadori.

8 . Disponible en http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf (consultado el 12 de mayo de 2020).

9 . “¿Y ahora qué? A propósito del manifiesto en torno a la coerción en los servicios de salud mental”, disponible en https://primeravocal.org/y-ahora-que-a-propo sito-delmanifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental (consultado el 20 de junio de 2020).

Índice

PROEMIO

CAPÍTULO 1. PARA UN MARCO TEÓRICO: DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA A LOS MAD STUDIES

Un punto de partida: la ‘perspectiva del paciente’

Punto de vista y conocimiento situado

Los Mad Studies

La locura escrita en primera persona

CAPÍTULO 2. EL YO DISIDENTE Y SUS NARRATIVAS

Introducción

El yo disidente en la literatura

La producción delirante y su relato

CAPÍTULO 3. ESCRIBIR EN EL MANICOMIO

Introducción

Control y censura

El manicomio: un lugar paradójico

La escritura como recurso

Negociaciones y resistencias

Editar en el manicomio

CAPÍTULO 4. SER MUJER Y ESTAR LOCA

Introducción

Diario de una diversa: la otra verdad

Otro diario: ‘Escribo con palabras corrientes’

Las otras locas

CAPÍTULO 5. ESTAR LOCAR Y SER ACTIVISTA

Introducción: Kate Millett

Ingresos manicomiales

El manicomio como institución total

¿Terapia o castigo?

Estar loca…

… y ser activista

CAPÍTULO 6. DE SUPERVIVIENTES Y ACTIVISTAS

Introducción

Algunos antecedentes

En los inicios del movimiento

Por nuestra cuenta

En torno al concepto de recuperación

BIBLIOGRAFÍA

NOTAS